ROK VIII WARSZAWA 1934 SIERPIEŃ ZESZYT VIII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉ A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.

PRACE ORYGINALNE

Ostre i przewlekłe schorzenia migdałków.

podał

DR. M. FERBER. (Lwów).

Anatomja.

Migdałki podniebienne leżą w zagłębieniu, utworzonem przez dwa łuki, przedni podniebienno-językowy i tylny podniebienno-gardłowy. Przez zejście się obu łuków podniebiennych u góry zostaje utworzony dołek, który jest ograniczony u dołu przez górny biegun migdałka. Dołek nadmigdałkowy (fossa supratonsillaris) jest miejscem częstych zmian zapalnych. Mięśnie obu łuków podniebiennych są mięśniami prążkowanemi i noszą tę samą nazwę, co łuki podniebienne. Migdałki podniebienne, wielkości od orzecha laskowego do orzecha włoskiego, są podłużne, podobne do migdała (stąd też nazwa). Powierzchnia boczna migdałka jest płaska i przylega do górnego zwieracza gardła (m. constrictor pharyngis superior); jest ona objęta otoczką z tkanki łącznej, dzięki czemu migdałek podniebienny może zostać z łatwością wyłuszczony bez naruszenia jego miąższu. W odległości około 1 — 1,5 cm. od powierzchni bocznej migdałka biegnie ku górze tętnica szyjna wewn. (a. carotis interna).

Powierzchnia przyśrodkowa migdałka jest pokryta nabłonkiem błony śluzowej jamy ustnej, który wysyła wypustki do wnętrza migdałka, przez co zostają utworzone zatoki w ilości około 15 — 20.

Od przestrzeni okołogardłowej (spatium parapharyngeum) jest migdałek oddzielony przez górny zwieracz gardła i przez powięź gardła. Między boczną ścianą gardła, a powierzchnią przyśrodkową m. skrzydłowego wewn. (m. pterygoideus int.) znajduje się wiotka tkanka łączna, która przechodzi w przestrzeń okołogardłową. Przestrzeń ta jest ograniczona od strony przyśrodkowej ścianą gardła, z przodu przez m. skrzydłowy wewn. (m. pterygoideus int.), z tyłu powięzią przedkręgową, z boku przez otoczkę gruczołu przyusznego.

W tak ograniczonej przestrzeni przebiega tętnica szyjna wewn. (a. carotis int.)

i nerwy: podjęzykowy, błędny, językowo-gardłowy, dodatkowy (accessorius) i z boku żyła jarzmowa wewnętrzna (v. jug. int.). Wymienione naczynia krwionośne i nerwy nie przylegają do bocznej ściany gardła, a odległość ich od zewnętrznej powierzchni migdałka wynosi około 1 — 1,5 cm. Dlatego też nie zachodzi niebezpieczeństwo naruszenia naczyń przy nacięciu ropnia okołomigdałkowego.

Histologja.

Migdałki podniebienne są utworzone ze sfałdowanej obfitej tkanki adenoidalnej, mieszczącej się w obrębie tkanki łącznej podścieliskowej błony śluzowej jamy ustnej. Powierzchnia migdałka pokryta jest nabłonkiem wielowarstwowym, który wgłębia się także w zatoki (cryptae) migdałka. Tkanka adenoidalna migdałka jest przetkana dość gęsto rozsianemi grudkami chłonnemi (noduli lymphatici), które zawierają ogniska rozmnażania limfocytów. Nabłonek w zatokach migdałków ulega ustawicznemu uszkodzeniu, skutkiem fizjologicznego przechodzenia limfocytów przez nabłonek do zatok, przez co bakterje mają ułatwioną możność wtargnięcia wgłąb migdałków. Z zatok limfocyty dostają się do śliny, tworząc w niej t. zw. ciałka ślinne. Przestrzenie odpowiadające poszczególnym zatokom otoczone są blaszkami tkanki łącznej.

Na powierzchni i na dnie zatok migdałków znajdują się ujścia małych gruczołów ślinnych. Gruczoły mieszkowe języka wysyłają wypustki do obu migdałków, przez co zostaje utworzony pomost między oboma migdałkami.

Naczynia krwionośne.

Głównem naczyniem, zaopatrującem migdałek podniebienny jest gałązka migdałkowa (ramus tonsillaris), pochodząca z tętnicy podniebiennej, która jest odgałęzieniem tętnicy szczękowej zewn. (a. maxillaris ext.). Częste krwawienia przy operacjach migdałka, (zwł. przy wyłuszczaniu) pochodzą z tej właśnie tętnicy, jeśli przebieg jej jest nieregularny, wężykowaty. Drobne odgałęzienia do migdałków wysyłają też tętnica grzbietowa języka (a. dorsalis linguae) i tętnica gardłowa wstępująca.

Żyły jamy gardłowej uchodzą do żyły jarzmowej wewn. (v. jugularis int).

Naczynia chłonne.

Naczynia chłonne migdałków w ilości 3 — 5, opuszczają migdałki na ich bocznej powierzchni, przechodzą przez ścianę gardła i ciągną stale między m. rylcowo-gnykowym (m. stylo-hyoideus), a żyłą jarzmową wewn. do górnego głębokiego karkowego gruczołu chłonnego (lymphoglandula cervicalis prof. sup.), leżącego na żyle jarzmowej wewn. Naczyń chłonnych doprowadzających migdałki nie posiadają.

Nerwy.

Migdałki są unerwione przez gałązki nerwu trójdzielnego i gardłowo-językowego (glossopharyngeus), zaś mięsień podniebienno-gardłowy przez gałązki splotu gardłowego (plexus pharyngeus).

Migdałki podniebienne stanowią ogniwo w pierścieniu, utworzonym z tkanki limfatycznej (*Waldeyer*), który oddziela jamę ustną od jamy gardłowej.

W skład tego pierścienia wchodzą jeszcze 3-ci migdałek, migdałek językowy i między nimi rozsiane drobne skupienia tkanki limfatycznej. Podczas, gdy dwa ostatnie ulegają z czasem częściowemu lub całkowitemu zanikowi, zachowują migdałki podniebienne pełnię swego rozwoju.

Fizjologja.

Fizjologja tych narządów nie jest jeszcze dokładnie znana. Przeważna część autorów uważa migdałki za wał obronny przed wtargnięciem zarazków chorobotwórczych do organizmu. W migdałkach odbywa się ciągła walka między ciałkami limfatycznemi a zarazkami. Inni (jak *Fein*) twierdzą, że schorzenie migdałków jest tylko wyrazem infekcji organizmu, a co najwyżej miejscowe zmiany chorobowe migdałków są wczesną manifestacją ogólnego schorzenia organizmu (kiła, białaczka).

Drobnoustroje.

Drobnoustroje wywołujące zapalenie migdałków znajdujemy stale w jamie ustnej. Najczęściej są to dwoinki lub paciorkowce, laseczniki influency, gronkowce, micrococcus catarrhalis (*Pfeiffer*), dwoinki zapalenia opon mózgowych (meningokoki) i pałeczki błonicy. Ponieważ w jamie ustnej znajdują się równocześnie rozmaite zarazki, przeto też i zapalenie migdałków jest zwykle infekcją mieszaną. W chorobach zakaźnych zarazki przenoszą się dro-

gą kropelkową z człowieka na człowieka, przez przedmioty używane przez chorych (naczynia, odzież). W ubikacjach, gdzie przebywają np. chorzy na płonicę można znaleźć paciorkowce hemolityczne także w powietrzu, na podłodze, ścianach, łóżkach. Także ozdrowieńcy, jako nosiciele zarazków, stają się źródłem zakażenia bezpośredniem lub też pośredniem, jeśli są np. zajęci przy podoju krów, mogą zakażać mleko. Pałeczki błonicze mogą się utrzymywać na przedmiotach suchych w stanie wyschniętym nawet przez długi czas, nie tracąc swej jadowitości.

Dyspozycja.

Do zapalenia migdałków wywołanego przez wyżej wymienione zarazki dochodzi przy wzmożonej skłonności. Pod dyspozycją rozumiemy skłonność do schorzeń, którą osobnik nabywa w ciągu swego życia przez działające nań wpływy zewnętrzne, jak klimat i pory roku (ciepłota, pogoda i t. p.), przeziębienia, ogólne warunki życiowe, operacje w jamie nosowej, nadwyrężenie głosu i t. d. Istnieje też dyspozycja miejscowa, jak duże migdałki, głębokie i licznie rozgałęzione zatoki, które sprzyjają usadowieniu się zarazków. Przebyte choroby zwiększają też skłonność do schorzeń.

Przy dostatecznej dyspozycji może przeziębienie wywołać chorobę, przyczem dyspozycja indywidualna i skłonność do przeziębień jest zmienna. Zapalenie migdałków zależy też od jadowitości zarazków i odporności tkanki. Od tych dwóch czynników zależy też ostry lub przewlekły przebieg zapalenia. Ostre zapalenie migdałków jest chorobą zakaźną, przenosi się z człowieka na człowieka i może mieć przebieg endemiczny (sale szpitalne) lub nawet nagminny (epidemiczny).

Ostre zapalenie migdałków nazywamy anginą. Angina oznacza cieśń (od angere — zacieśniać, dławić).

Klinicznie rozróżniamy następujące rodzaje angin (*Fischl*):

1) Angina acuta catarrhalis,
2) Angina acuta exsudativa.

Tę ostatnią dzielimy na:

a) Angina lacunaris (superficialis i profunda),
b) „ pseudomembranacea (s. pseudodiphterica),
c) „ ulcero-membranacea (s. Plaut-Vincenti),
d) „ herpetica,
e) „ phlegmonosa (tonsillaris, peritonsillaris i retropharyngealis).

Angina rozpoczyna się nagle wysoką gorączką, dochodzącą do 39 — 40° C. Z początku występują czasem dreszcze. Ogólne osłabienie, bóle głowy, później ból gardła, zwłaszcza przy połykaniu śliny, obrzęk gruczołów podszczękowych są stałymi objawami anginy. Ból gardła promieniuje często do ucha. U dzieci mogą wystąpić z początku wymioty, połączone z bólami brzucha — co może być mylnie rozpoznane, jako ostre zapalenie wyrostka robaczkowego.

Angina catarrhalis acuta.

Objawy podmiotowe: gorączka, ból gardła zwłaszcza przy połykaniu, ból głowy, ogólne osłabienie, język obłożony, obrzęk gruczołów podszczękowych, często ostry nieżyt nosa, brak łaknienia.

Przedmiotowo stwierdza się: obrzęk i zaczerwienienie migdałków, podniebienia miękkiego i tylnej ściany gardła z powiększeniem grudek chłonnych. Na tylnej ścianie gardła często zeschnięta wydzielina śluzowa. Na migdałkach brak nalotów. Ostra kataralna angina trwa zwykle 3 — 4 dni i ustępuje bez komplikacji. We krwi leukocytoza.

Angina lacunaris.

Błona śluzowa jamy ustnej i gardła jest silnie zaczerwieniona. Na migdałkach (jedno- lub obustronnie) stwierdzamy naloty wielkości główki szpilki do wielkości soczewicy, barwy żółtawej lub biało-żółtawej. Naloty te wychodzą z zatok, łatwo dają się usunąć nie powodując krwawienia i są przeważnie ograniczone do miejsca ich wystąpienia. Czasem przychodzi do zlania się pojedyńczych nalotów tak, że cały migdałek jest pokryty żółtą grubą warstwą. Charakterystyczną cechą tej postaci anginy jest w przeciwieństwie do błonicy, to, że naloty nigdy nie wychodzą poza granice migdałków. Objawy podmiotowe są o wiele cięższe, jak w postaci nieżytowej. Początek ostry z dreszczami, bólem głowy,

nudnościami, często wymioty. Gorączka dochodzi do 40° C. U dzieci zwłaszcza w nocy występuje niepokój, często zamroczenie. Bolesność przy połykaniu i obrzęk gruczołów chłonnych znaczniejszy, jak w angina catarrhalis. Zwłaszcza u dzieci może obrzęk gruczołów przybrać znaczniejsze rozmiary. W 2 — 5 dniu choroby migdałki oczyszczają się z nalotów, które utrzymują się dłużej w zatokach migdałkowych. Gorączka opada zwykle dopiero po cofnięciu się zmian zapalnych w gruczołach chłonnych. Rozpoznanie różniczkowe między anginą lacunaris a błonicą:

	Angina lacunaris.	*Błonica.*
Gorączka:	wysoka,	niższa,
Migdałki:	silnie zaczerwienione,	zaczerwienienie nieznaczne,
Naloty:	drobne, rozsiane,	rozprzestrzenione,
„	łatwo dają się usunąć,	trudno usuwalne, przytem krwawienia,
„	tylko na migdałkach,	także na podniebieniu miękkiem i języczku.

pozatem w błonicy — stan ogólny zły, tętno słabe, naloty często jednostronne, w wypadkach wątpliwych rozstrzyga badanie bakterjologiczne.

Niektórzy odróżniają także postać zwaną angina follicularis. W tej postaci naloty są umiejscowione na grudkach chłonnych. Wielu autorów (*Heubner*, *Fischl*), nie uznaje tej formy anginy, jako oddzielnej jednostki chorobowej. Twierdzą oni, że klinicznie istnieje tylko tonsillitis follicularis, której cechą jest ropne zapalenie grudek chłonnych, Schorzenie naogół b. rzadkie.

Angina punctata.

Postać ta występuje u osesków, jako odmiana anginy lacunaris. Migdałki są nieznacznie zaczerwienione i obrzękłe i na nich widzimy charakterystyczne białe punkciki.

Leczenie.

Każdy chory na anginę musi pozostawać w łóżku, w którem powinien pozostać o 2 dni dłużej, aniżeli trwa gorączka. Należy zawsze pamiętać, że angina jest chorobą zakaźną.

Przeciw gorączce podajemy preparaty salicylowe, acidum acet. salicyl, amidopirynę, phenacetynę, kalmopirynę, motopirynę, w ilości od 1,5 — 3 gr. dziennie w gorących napojach.

U osesków i dzieci:

Rp. Hexamethylentetramin.
Natr. salicyl. āā 1.00—1.5
Aquae Calcis 50.0
Succus liquir 3.00
Syr altheae 20.0
Aquae Fontis ad 100.0
S.: Co 2 g. łyż. kawowa.

Płukanie jamy ustnej wodą letnią z dodatkiem 1 — 2 łyżek wody utlenionej, lub 1 tabl. Stabil „Spiess“ lub 1 tabl. Gargarol „Spiess”, wywarem ślazu, rumianku i t. p. Należy zauważyć, że płukanie nie jest środkiem leczniczym, bo ani środki dezynfekcyjne nie mogą być tak silne, aby unieszkodliwiły zarazki, ani też, co najważniejsze, nie mogą wniknąć do zaułków migdałka, gdzie zarazki są usadowione. Przeciw bólom okłady wysychające, u dzieci także okłady z ciepłej oliwy lub gliceryny. Dobrze działają pigułki z anestezyny, które należy powoli ssać.

Rp. Anaesthesini 2.50
Natrii bicarb. 0.50
Gummi arab. 0.50
Syr. simpl. q. s.
u. f. pill. No. XXV.
S.: 6 pigułek dziennie.

Przy silnym bólu przy połykaniu injekcja Atophanyl „Schering“ dożylnie.

Pokarmy — płynne lub papkowate, jak grysik, ryż, jarzyny, kompoty, jaja, mleko, kakao, kawa, herbata, lemoniada, sok owocowy, mleko migdałowe.

Gdy gorączka trwa dłużej należy sprobować domięśniową injekcję Omnadyny lub Panodin „Klawe“ 0.5-2 cm^3, ewentualnie następnego dnia powtórzyć.

Angina aphtosa.

występuje w przebiegu stomatitis aphtosa. Choroba ta dotyka przeważnie neurotyków. Dyspozycję stanowią zaburzenia żołądkowo-jelitowe, menstruacja, połóg, okres laktacji. Występuje ona nagle. Na błonie śluzowej jamy ustnej i migdałków tworzą się płaskie lub wklęsłe nadżerki, które są pokryte żółtawym włóknikowym

nalotem i otoczone czerwonym ostro odcinającym się kręgiem. Naloty te po 1 — 2 dniach przybierają barwę szarawą i poczynając od brzegów odklejają się od podstawy.

Rozpoznanie różniczkowe: Obraz w angina aphtosa może być podobny do plaques syphil. Podczas, gdy te ostatnie nie wywołują żadnej bolesności, angina aphtosa jest dosyć bolesna.

L e c z e n i e: Zmiany w jamie ustnej ustępują po kilku dniach. Przeciw bólom posypka z anestezyny lub ortoformu przed jedzeniem. Pendzlowanie 3% roztworem glicerynowym boraksu kilka razy dziennie. Dobrze też działa novarsenobenzol 0.15 rozpuszczony wprost w ampułce wodą wodociągową. W tem zwilżony wacik nałożyć na kilka sekund i natychmiast procedurę tę powtórzyć. Tak przez 2 — 5 dni. Gdy niema polepszenia pendzlować roztworem 0.30. Zawsze używać tylko świeży roztwór, bo roztwór stojący dłuższy czas działa trująco.

Tworzące się (nigdy już rozwinięte) erupcje można przyżegać azotanem srebra (laseczką) lub jego 50% roztworem. *Hochsinger* radzi pendzlować 20% rozt. natr. salicyl. zaś *Hellenkampf* rozcieńczoną jodyną.

A n g i n a h e r p e t i c a.

występuje podobnie jak angina aphtosa, w przebiegu stomatitis herpetica.

P h a r y n g o m y c o s i s l e p t o t r i c a:

zwana też keratosis pharyngis lub pharyngitis ceratosa punctata, charakteryzuje się zrogowaceniem nabłonka migdałków podniebiennych. Zrogowaciały nabłonek tkwi w zatokach migdałkowych w kształcie czopów. Ponieważ równocześnie nabłonek trzeciego migdałka, migdałka językowego i grudki chłonne błony śluzowej tylnej ściany gardła, także ulegają zrogowaceniu, przeto cieśń gardłowa wygląda jakby nadziana białawymi twardymi kolcami. Mimo tych zmian chorzy zwykle nie skarżą się na dolegliwości. Czasem występuje uczucie łechtania i suchości lub ucisku w gardle. Gdy nastąpi zakażenie bakterjami gnilnemi występuje cuchnienie z ust.

Zmiany parakeratotyczne zostają z wielkiem prawdopodobieństwem wywołane przez prątek otoczkowy z grupy Friedländera (*Laskiewicz*).

L e c z e n i e: Często choroba sama ustępuje. Gdy istnieje znaczne cuchnienie, można masy parakeratotyczne migdałków usunąć zapomocą ostrych kleszczyków. Gdy są częste nawroty należy migdałki wyłuszczyć (*Laskiewicz*).

A n g i n a u l c e r o s a m e r c u r i a l i s nazywamy owrzodzenia na migdałkach występujące czasem u osobników leczonych preparatami rtęciowymi.

P ę c h e r z y c a:

Pierwsze objawy tej choroby pojawiają się bardzo często na błonach śluzowych, zwłaszcza jamy ustnej. W krótkim czasie po tych objawach, występują pęcherze na skórze. Znane są jednak przypadki, gdzie pęcherzyca umiejscowiona jest jedynie tylko w błonach śluzowych jamy ustnej. Te przypadki są trudniejsze do rozpoznania. Zdarza się jednak czasem, że pęcherzyca przez dłuższy czas izolowana tylko na błonach śluzowych generalizuje się i występuje potem także na skórze.

Pęcherze występują na niezmienionej lub nieznacznie zaczerwienionej błonie śluzowej, zrazu pojedyńczo, potem gromadnie w większych lub mniejszych odstępach czasu. Pęcherze są okrągławe, różnią się czasem tylko co do swej wielkości i nie wykazują tendencji do zlania się. Gdy pęcherz taki pęknie, wówczas wydziela się wodnisty lub jasno-żółtawy płyn.

Zrazu pęcherze w jamie ustnej mogą pojawić się w nieznacznej ilości i także rozwój ich może być powolny. Stan taki może trwać dłuższy czas (miesiące) i wykazywać tendencje do wyleczenia. Nagle jednak może przyjść do nawrotu i wówczas pęcherzyca rozwija się w szybkiem tempie. Nadżerki (erozje) powstałe po pęknięciu pęcherzy zrazu tylko powoli, a później wcale już się nie goją.

Przy pojawianiu się pęcherzycy chory zrazu niema bólów. Bóle pojawiają się dopiero po pęknięciu pęcherzy g d y powstają nadżerki. Z innych objawów podmiotowych należy wymienić brak łaknienia, ogólne osłabienie, bezsenność, dreszcze, gorączkę, biegunki.

Rokowanie w pęcherzycy błon śluzowych jest naogół złe. Etjologja nie jest znana. Większość badaczy przyjmuje podłoże neuropatyczne i infekcyjne.

L e c z e n i e: Przeciw bólom

Rp. Tct. Ratanhiae
Tct. Myrrhae
Tct. opii simpl. àa 10.0
M. D. S.: Do pendzlowania i płókania.

Do płókania:

Rp. Bolus alba 20.0
Glycerini 4.0
Spiritus 5.0
Aquae ad 200.0
M. D. S.: Łyżka na szkl. letniej wody.
Posypka z anestezyny lub ortoformu 15 minut przed jedzeniem.

Do pendzlowania:

Arg. nitr. 1.0
Spir. aether. nitr. 17.0
M. D. S.: do pendzlowania.

P o w i k ł a n i a p o a n g i n i e mogą być miejscowe i poza migdałkowe. Jako komplikacja może w przebiegu anginy wystąpić r o p i e ń m i g d a ł k a, zwykle jednostronny. Ropień powstaje przez retencję ropy w zatoce migdałkowej i jest zwykle umiejscowiony na górnym biegunie migdałka. Gorączka jest niezbyt wysoka. Ból przy połykaniu promieniujący do ucha. Mowa zmieniona, nosowa, szczękościsk, utrudnienie w połykaniu, cuchnienie z ust. We krwi leukocytoza.

Ropień nie nacięty może samoistnie się przebić. Może to jednak być b. niebezpieczne. Zwłaszcza u dzieci jeśli ropień przebije się w nocy, może dojść do aspiracji ropy, a nawet uduszenia się. Ropień migdałka może też prowadzić do ciężkich następstw, jak do ropowicy dna jamy ustnej (Angina Ludovici).

Z chorób pozamigdałkowych najczęściej występuje jako komplikacja anginy o s t r y g o ś c i e c s t a w o w y. Często występuje on bezpośrednio, albo też dopiero w 1 — 2 tygodni po anginie.

Angina bez objawów septycznych może wywołać zwłaszcza w wieku dziecięcym e n d o c a r d i t i s a c u t a, której przebieg może być lekki, przyczem może pozostać szmer skurczowy stwierdzalny nawet w późniejszym wieku. Dalej m y o c a r d i t i s a c u t a z jej następstwami.

Jeżeli w przebiegu anginy streptococcus viridans z migdałków przejdzie drogą naczyń chłonnych do krwiobiegu i usadowi się na zastawkach sercowych, wówczas przychodzi do e n d o c a r d i t i s l e n t a *(Schottmüller)*.

G l o m e r u l o n e p h r i t i s d i f f u s a a c u t a często zostaje poprzedzona przez anginę. Praktycznie bardzo ważną rzeczą jest stwierdzenie paciorkowców na mniej lub więcej powiększonych migdałkach, ponieważ przebieg anginy może przybrać postać poronnej i z powodu braku objawów ze strony gardła, badający może przeoczyć, że źródło zakażenia leży w migdałkach. Często znajdujemy paciorkowce w moczu.

Wyłuszczenie migdałków po przejściu ostrych objawów zapalenia nerek, czasem też w ostrem stadjum choroby, daje wprost doskonały wynik leczniczy.

O s t r e z a p a l e n i e w y r o s t k a r o b a c z k o w e g o jest wedle wielu klinicystów, których zapatrywania opierają się na obserwacji klinicznej *(Pohl, Hilgermann)* i wyniku badań anatomo-patologicznych *(Kretz)* bezpośredniem następstwem anginy. Inni, jak *Borchardt* przeczą temu. Najczęściej spotykamy się z objawami zapalenia wyrostka robaczowego u dzieci z anginą (nawet, gdy się nie skarżą na dolegliwości ze strony gardła). Możliwe, że mamy tu do czynienia z reakcją otrzewny, serozy jelit i gruczołów chłonnych na toksyny, które prowadzą do przekrwienia i zwiększonego wysięku w jamie otrzewnowej.

Kehner opisał dwa przypadki r o p n i j a j n i k o w y c h, które wystąpiły jednostronnie w czasie intermenstruum po ostrej anginie u dziewcząt, (virgines intactae), u których rzeżączka i gruźlica z pewnością zostały wyłączone i przypadek z r o p i e n i a w i ę k s z y c h m i ę s a k ó w m a c i c y w związku z anginą. W obu przypadkach na migdałkach znaleziono gronkowce i paciorkowce.

Sauer opisał przypadek u 2½-letniego chłopca, u którego po ostrej anginie wystąpiły trzy *ropnie podprzeponowe*.

W przebiegu anginy, przy nieskomplikowanych złamaniach kości długich, może przyjść do *osteomyelitis*.

Z innych chorób, występujących w przebiegu lub po anginie, mogą wystąpić: chorea minor, erythema nodosum, neurosis cordis, neuralgja, rwa kulszowa, iritis, irydocyclitis i zapalenie tarczycy.

Jedną z najniebezpieczniejszych dla życia komplikacyj stanowi *sepsa po anginie*. Przez ropówkę rozumiemy okresowe lub trwałe przedostawanie się zarazków chorobotwórczych do krwiobiegu, albo do naczyń chłonnych, skąd po przejściu przez gruczoły chłonne przedostają się do krwiobiegu, przyczem następuje charakterystyczna dla ropówki reakcja ustroju.

Jeśli bakterje z migdałków dostają się wprost do krwiobiegu, wówczas brak znaczniejszego obrzęku gruczołów chłonnych, brak nacieku okołomigdałkowego i ropowicy szyi. Żyły nie są zajęte. We krwi stwierdzamy bakterje. Stan ogólny ciężki, obrzęk wątroby i śledziony, dreszcze lub przerzuty. Obraz krwi na lewo przesunięty. Zajęcie nerek.

Jeżeli sepsa szerzy się drogą naczyń chłonnych, wówczas następuje obrzęk lub zropienie gruczołów chłonnych, skąd zmiany zapalne przechodzą na ściany żylne i prowadzą do zakrzepowego zapalenia żył (żyły jarzmowej i twarzowej).

Najczęściej szerzy się posocznica w pierwszym etapie z ropowicy okołomigdałkowej, przechodząc na przestrzeń okołogardłową i na duże naczynia szyjne. Ropowica z przestrzeni okołogardłowej może się szerzyć ku górze i otworami anatomicznemi przejść do wnętrza jamy czaszkowej lub rzadziej ku dołowi do śródpiersia.

Posocznica może być następstwem anginy nawet o bardzo lekkim przebiegu i występuje zwykle po kilku dniach (czasem tygodniach), po przejściu ostrego stanu zapalnego migdałków, gdy chory z tej strony nie ma już żadnych dolegliwości. Dlatego w wywiadach należy starannie wypytać w tym kierunku, czy stan septyczny nie był poprzedzony anginą.

Dreszcze w pierwszych dwóch dniach ostrej anginy nie są znamienne dla posocznicy.

Zmiany na szyi mogą być minimalne. Możemy stwierdzić tylko nieznaczny obrzęk lub tkliwość na ucisk. Ważny rozpoznawczo jest obrzęk gruczołów chłonnych, zwłaszcza w kącie żuchwy (wyjąwszy obrzęki w czasie ostrego stanu zapalnego migdałków). W większej części przypadków obrzęk nie występuje i te formy są najniebezpieczniejsze. Gdy wystąpi rozlany naciek lub ropowica szyi, obok obrzęku gruczołów chłonnych, albo pasmowate zgrubienie, odpowiadające przebiegowi wielkich naczyń szyjnych, tkliwe na dotyk, wówczas zabieg operacyjny jest bezwzględnie wskazany, bez względu na to, czy stwierdziliśmy zakrzep w żyle, czy też nie, ponieważ i tak daje się to dopiero stwierdzić przy operacji. Choć dreszcze nie należą bezwzględnie do obrazu sepsy, to jednak wystąpienie ich (nawet przy niskiej gorączce u ciężko chorych) jest ważnym wskaźnikiem, że przychodzi do ogólnej infekcji, zwłaszcza jeżeli dreszcze wystąpią w dalszym przebiegu, a nie z początku anginy. Ciężki stan ogólny, trwożny wyraz twarzy, cera żółto-sina, suchy język, małe, miękkie i częstotliwe tętno przemawiają za sepsą. Gorączka może przebiegać albo jako febris remittens (typ zwalniający), albo jako continua. Należy przy badaniu zwrócić baczną uwagę na płuca, które najczęściej zostają dotknięte przerzutami. W płucach tworzą się zawały septyczne. Mogą one być całkiem małe tak, że badaniem fizykalnem niemożliwe jest ich stwierdzenie. Kłucie, pokasźliwanie, ewent. krwawa plwocina nasuwają podejrzenie w tym kierunku. W dalszym przebiegu może przyjść do utworzenia się drobnych ropni w płucach, które mogą się zlać. Jeśli się ropień przebije do oskrzeli i ropa zostanie wykaszlana, sprawa może ulec wyleczeniu.

Zajęcie jamy opłucnowej, gdzie zrazu tworzy się wysięk surowiczo-krwawy, który szybko przechodzi w ropny, prowadzi zwykle do zejścia letalnego. Zajęcie zastawek sercowych, stawów (periarthritis i arthritis) ropnie mięśni pośladków i kończyn dolnych, osteomyelitis i ogniskowe zapalenie nerek (wałeczki, leuko- i erytrocyty) są dalszemi następstwami przerzutów.

Bezwzględnie złe rokowanie jest wówczas, gdy infekcja szerzy się drogą retrogradną. Przez splot skrzydłowy, żyłę oczną dolną, opuszkę jamistą może przyjść do zakrzepu w zatoce jamistej. Objawami zajęcia tej zatoki jest ból uciskowy lub kłucie w gałce ocznej i wysadzenie gałki ocznej. Zajęcie zatoki jamistej prowadzi do zapalenia opon mózgowych, które kończy się śmiercią.

Zdarzają się też zakrzepy retrogradne w zatoce esowatej. Obserwacja kliniczna, zabiegi operacyjne i sekcja zwłok wykazały, że za pewnymi wyjątkami, im większy zakrzep, tem rokowanie lepsze i odwrot-

nie. Sepsa dotyka najczęściej ludzi młodych, silnych między 20 — 30 r. życia.

Dla rozpoznania różniczkowego musimy zbadać krew cytologicznie celem odróżnienia sepsy od białaczki, anginy z reakcją limfatyczną i agranulocytozy. Wykazanie bakterji we krwi jest bardzo trudne. Często musi się brać krew na posiew kilkakrotnie.

Z bakterji wywołujących sepsę najniebezpieczniejsze są beztlenowce, a z tych zaś streptococcus putrificus Schottmüller. Z tlenowców spotykamy paciorkowce hemolityczne, gronkowce i dwoinki.

Leczenie jest czysto chirurgiczne. Nacięcie od zewnątrz. Kontrola dużych naczyń i ewent. ich podwiązanie. Ewentualnie także tonsillektomja. Chemo i seroterapja mogą być tylko zabiegiem pomocniczym po operacji. Zresztą leczenie stosownie do zmian przedmiotowych występujących w przebiegu sepsy.

Angina ulcero-membranacea. (s. Plaut Vincenti).

Początek ostry z nieznacznem podwyższeniem gorączki, bóle głowy, lekki ból uciskowy i uczucie suchości w gardle. Gorączka trwa 2 — 3 dni i po tym czasie spada, a wraz z nią ustępują objawy podmiotowe. W tej postaci anginy gorączka jest niższa jak w innych formach, przyczem może ona też przebiegać zupełnie bez gorączki.

Obraz kliniczny anginy Plaut-Vincenta może być różny.

Obrzękły i zaczerwieniony migdałek pokryty jest białawym, dosyć grubym nalotem o gładkiej połyskującej powierzchni. Obraz ten nazywamy angina pseudo-membranacea (s. pseudo-diphterica). Wrzekome te błony mogą wnet odpaść i na migdałku pojawia się owrzodzenie, angina ulcero-membranacea.

W wielu jednak przypadkach owrzodzenie na migdałku występuje pierwotnie, bez uprzedniego tworzenia się błon. Wrzód taki jest zwykle umiejscowiony na górnym biegunie migdałka i może drążyć w głąb migdałka lub też rozszerzyć się na podniebienie miękkie i języczek. Jest o n p o k r y t y brudno szaro-żółtawą wydzieliną, dno jego ma barwę szaro-czerwoną. Brzegi ostre, kraterowate. Przeważnie jest angina ulcero-membranacea chorobą jednostronną. Są też opisane przypadki obustronnego zajęcia migdałków (*Vincent, Bernheim, Pospischill*).

Wedle *Bucha*, na podstawie jego obserwacji klinicznych, postać błoniasto-wrzodziejąca zaczyna się błoną wrzekomą na powierzchni migdałka, podczas gdy forma wrzodziejąca nekrotyczna zaczyna się w głębi zatok migdałkowych. Charakterystyczną cechą dla tego schorzenia jest niestosunek między dość poważną zmianą na migdałkach, a znikomo małemi objawami podmiotowemi.

Bakterjologicznie mamy tu do czynienia podobnie jak w stomatitis ulcerosa z symbiozą fusospirillarną. Na migdałkach znajdujemy stale pałeczki wrzecionowate i krętki zębowe.

Rokowanie jest dobre. Choroba ta jest łatwo przenośną, zwłaszcza na osobników młodych.

Rozpoznanie różniczkowe: W rachubę wchodzą tu: Gumma tonsillae, błonica, angina ulcerosa mercurialis.

Kilak migdałka ma brzegi o s t r e, nacieczone, t w a r d e, d n o b a r w y s a d ł o w a t e j. Badanie bakterjologiczne i badanie krwi na odczyn Wassermanna ułatwia rozpoznanie.

Przy błonicy — badanie bakterjologiczne usuwa wszelką wątpliwość. Angina ulcerosa mercurialis — wywiady objaśniają nas, czy pacjent jest leczony preparatami rtęciowemi.

Leczenie: Pendzlowanie 1 — 2% roztworem Nowarsenobenzolu w glicerynie lub 5 — 10% roztworem wodnym Stowarsolu „Spiess" (t. j. 2 — 4 tabl. po 0.25 na 10 cm³ wody dest.). Można też zapisać Stowarsol doustnie, polecając choremu rozpuszczać powoli w ustach 3 razy dziennie po 1 tabletce.

Rp. Septacrol „Ciba" 0.05 — 0.1/10.0
S: Do pendzlowania.
Rp. Sol acidi chrom. 0.2 — 0.5/10.0
S: Do pendzlowania.
Rp. Sol. arg. nitr. 10%
S: Do pendzlowania.
Rp. Sol acidi sulfosalicyl 0.5/10.0
Pendzlować 2 — 6 razy.

Można też płókać słabym roztworem nadmanganianiu potasu, który usuwa przykre cuchnienie z ust.

W cięższych przypadkach Novarsenobenzol do 0.45 dożylnie lub 40% Utropinę w 1 dniu 10 cm³ w 3 dniu 15 cm³ w 5 dniu 20 cm³.

Zapper i *Schulz* zalecają też

Rp. Hydrarg oxycyanati 0,01
Aquae dest 100.0
M. D. S.: Co dwie godziny łyżeczkę kawową.

Przeciwwskazane u dzieci chorych na nerki.

Zwykle po 8 — 10 dniach następuje wyleczenie.

Ropień okołomigdałkowy najczęściej występuje w przebiegu anginy lub rzadziej samoistnie bez uprzedniego zapalenia migdałków. Przyczyną samoistnego powstawania ropni mogą być ciała obce, jak oście (ryba, śledź), albo włosy ze szczoteczek do czyszczenia zębów.

Powstanie ropnia okołomigdałkowego manifestuje się uczuciem silnego ucisku i gorączką o typie remittens. W dalszym przebiegu występuje szczękościsk, sztywne trzymanie karku, przyczem głowa jest zwykle pochylona ku przodowi i na bok. Z powodu utrudnienia i bolesności przy połykaniu śliny, występuje często ślinotok. Mowa jest jakby napęczniała, podniebienna. Przedmiotowo stwierdzamy obrzęk i zaczerwienienie podniebienia miękkiego i łuku przedniego. Okolica migdałka jest wypuklona, języczek zepchnięty na stronę zdrową. Gdy ropień ogranicza się tylko do migdałka, wówczas migdałek jest powiększony i sterczy daleko ku środkowi, przyczem przedni łuk podniebienny jest prawie niezmieniony. Gruczoły chłonne po stronie chorej są powiększone i bolesne. Przy fonacji stwierdza się parezę podniebienia miękkiego po stronie chorej. Ze względu na topograficzne położenie migdałka, może przyjść do poważnych komplikacyj w jego otoczeniu. Ropień zwykle przebija się w kierunku do przyśrodkowej powierzchni migdałka (miejsce mniejszego oporu), ale może też rozszerzyć się na tkankę łączną pozagardłową, przejść na śliniankę przyuszną, na górne kręgi szyjne i na naczynia krwionośne.

Leczenie: Przy wczesnem rozpoznaniu, w stadjum nacieku, wstrzyknięcie dożylne atophanylu pomaga prawie natychmiast, uśmierzając zarazem bóle połykowe. Prof. *Laskiewicz* radzi uwolnić łuk przedni i tylny i na godzinę włożyć tampon z antivirusu wieloważnego.

Pozatem możliwie wcześnie naciąć. Cięcie (skalpelem o ostrym końcu) przeprowadzić w t. zw. punkcie Chiara t. j. w połowie linji pomyślanej między ostatnim zębem trzonowym a języczkiem. Cięcie musi być 1 — 2 cm. głębokie, z powodu silnego obrzęku błony śluzowej i około 1 cm. długie. *Kilian* radzi przeprowadzić cięcie ponad górnym biegunem migdałka, przezco unika się większych krwawień i nawrotów. Naciętą ranę należy rozszerzyć n. p. korncangą, także drugiego lub trzeciego dnia, gdy brzegi rany są zlepione, aż do zupełnego usunięcia ropy. Naogół niebezpieczeństwa krwawienia przy takiem nacięciu niema. Przy silnem krwawieniu np. z powodu nieregularnego przebiegu a. tonsillaris, należy natychmiast migdałek wyłuszczyć. Wyłuszczenie migdałka musimy wykonać również w tych przypadkach, gdy nacięcie ropnia w typowem miejscu nie daje spodziewanego rezultatu, ponieważ ropień jest umiejscowiony poza lub z boku migdałka. W tych przypadkach zachodzi też niebezpieczeństwo dla życia, z powodu utrudnienia w oddychaniu wywołanego znacznym obrzękiem migdałka i szczękościskiem, zwłaszcza jeśli dołączy się do tego obrzęk głośni.

Przy lateralnie umiejscowionym ropniu okołomigdałkowym, istnieje niebezpieczeństwo zajęcia naczyń szyjnych (trombophlebitis). Wyłuszczenie migdałka chroni też przed nawrotami, gorączka szybko opada, utrudnienie w połykaniu zmniejsza się i po kilku dniach następuje zupełne wyleczenie. Wyłuszczenie migdałka przy ropniu okołomigdałkowym w stadjum zapalnem jest łatwiejsze, niż w interwale, z powodu braku blizn i zrostów *(Winckler)*.

Tonsillektomję wykonujemy w znieczuleniu lokalnem. Błonę śluzową znieczulamy pendzlując (lub lepiej rozpylając) 2% patocainą (odpowiada 10% kokainie i jest mniej trującą). Następnie wstrzykujemy 3 — 5 cm^3 0.5—1% novocainy z dodatkiem 3 — 5 kropel adrenaliny w okolicę zdrową nie nacieczoną, np. na wysokości ostatniego zęba trzonowego. Znieczulić możemy też od zewnątrz przyczem postępujemy w następujący sposób:

Po dezynfekcji skóry w okolicy kąta i dolnego brzegu żuchwy po stronie chorej, przeginamy głowę chorego na stronę zdrową i wbijamy igłę tuż przy dolnym brzegu żuchwy, jakie 2 palce ku przodowi od kąta żuchwy i prowadzimy igłę trzymając się wewnętrznej powierzchni żuchwy ku górze, tyłowi i środkowi w kierunku dol-

nego bieguna migdałka. Gdy chory uczuje ukłucie w okolicy migdałka, o czem powinien dać znać np. przez podniesienie ręki (nigdy przez mowę lub kiwnięcie głową), wtedy wstrzykujemy 2 — 3 cm³ Novocainy. Przy takiem znieczuleniu wyłuszczenie migdałka jest prawie że niebolesne. Z powodu kruchości tkanki migdałkowej, nie należy chwytać i ciągnąć migdałek instrumentami, lecz możliwie wyłuszczać bez trakcji, trzymając się otoczki migdałka.

Angina z reakcją limfatyczną.

Początek ostry, z wysoką gorączką, dochodzącą z początku do 30 — 40° C. Gorączka trwa 12 — 14 dni.

Migdałki wykazują obraz podobny do angina lacunaris lub pseudodiphterica z powierzchowną nekrozą. Choroba ta występuje u osobników młodych między 12 — 30 rokiem życia. Gruczoły podszczękowe, a czasem i wszystkie gruczoły są obrzękłe.

Objawy podobne do dawniej opisywanej gorączki gruczołowej (adenoitis acuta). Śledziona jest stale, a wątroba też czasem powiększona, macalna. Obrzęk śledziony może utrzymywać się miesiącami, a nawet opisane są przypadki, gdzie obrzęk trwał dwa lata. Nigdy niema żółtaczki. W krwi 70 — 85% limfo — wzgl. monocytów. (Stąd *Schulz* zwie tę formę anginą z reakcją monocytów). Ogólna ilość b. ciałek krwi jest prawie niezmieniona. Krew jeszcze przez długi czas (do 6 miesięcy), po spadku gorączki, wykazuje limfocytozę. Choroba ta może trwać nawet kilka miesięcy. Rokowanie zawsze dobre.

Rozpoznanie różniczkowe może nastręczać pewne trudności, zwłaszcza w odróżnieniu od anginy Plaut-Vincenta, bo i ta podobnie jak kiła często przebiega z limfowzględnie monocytozą. Od białaczki różni się tem, że nigdy nie jest połączona ze skazą krwotoczną (typowe krwawienia z błon śluzowych).

Możliwe, że tak w białaczce, jak i w anginie z reakcją limfatyczną, działa ten sam lub podobny czynnik chorobotwórczy, a różnica obrazu chorobowego zależna jest jedynie od rozmaitych momentów konstytucjonalnych (reakcja aparatu limfo-monocyto-twórczego).

Hertwich znajdywał stale na migdałkach w anginie z reakcją limfatyczną krętki i pałeczki wrzecionowate, jednakoż nie uważa ich za chorobotwórcze. Prawdopodobnie wchodzi tu w rachubę specyficzny, dotychczas jeszcze nieznany zarazek.

Angina agranulocytotica.

Od kiedy *Schulz i Friedmann* w r. 1922 opisali szereg przypadków, których obraz chorobowy nazwali angina agranulocytotica, liczba opisanych w literaturze przypadków znacznie się wzmogła. Ten sam obraz chorobowy opisali przedtem *Schwarz* (1904), *Türk* (1907), *Stursberg* (1912), *Marchand* (1913). Tak więc dzięki obserwacji klinicznej na całym szeregu przypadków, możemy dziś z całą pewnością stwierdzić, że punktem wyjścia dla tej jednostki chorobowej nie stanowią zmiany chorobowe na migdałkach, ponieważ one występują bardzo często dopiero w dalszym przebiegu choroby. Dlatego też wielu autorów odrzuca nazwę angina agranulocytotica, nazywając chorobę tę agranulocytozą.

Agranulocytoza rozpoczyna się nagle wysoką gorączką, zawsze występuje żółtaczka, często obrzęk śledziony i wątroby, jakoteż gruczołów limfatycznych. Migdałki i błona śluzowa jamy ustnej (języka, gardła i dziąseł) wykazują zmiany martwicze i zgorzelinowe z owrzodzeniem. Silne cuchnienie z ust. Typowy jest obraz krwi.

Leukopenja, brak lub znaczne zmniejszenie neutro i eozynofilów. Ilość c. czerw. normalna, trombocytów zaś zwiększona.

Etjologja agranulocytozy jest nieznaną.

Zarazek chorobotwórczy niszczy granulocyty, które potrzebne są organizmowi do zwalczania czynników chorobotwórczych. Z braku granulocytów organizm staje się bezbronny i ulega chorobie. Przypuszczenia niektórych autorów, że agranulocytoza występuje u osobników o mniej wartościowym szpiku kostnym nie znajduje potwierdzenia, gdyż u osobników, którzy wyzdrowieli, stwierdzono granulocyty w normalnej ilości. Agranulocytoza najczęściej występuje u kobiet.

Rozpoznanie różniczkowe:

Anaemia złośliwa i Biermera, różni się obrazem krwi i tem, że w agranulocytozie brak skazy krwotocznej. Przy anginie z reakcją limfatyczną nigdy niema żółtaczki i ta kończy się zawsze w prze-

ciwieństwie do agranulocytozy, wyzdrowieniem. Pozatem wchodzą jeszcze w rachubę noma, sepsis i kala-azar.

Leczenie: Novarsenobenzol w małych dawkach, Yatren-Casein, transfuzja krwi, naświetlania rentgenem kości długich ($^{1}/_{10}$ dawki rumieniowej) zwłaszcza w okresach początkowych choroby. Wstrzykiwania domięśniowe mleka, omnadyny lub panodyny „Klawe", surowicy paciorkowcowej wieloważnej.

B ł o n i c a

migdałków rozwija się powoli. Zrazu brak lokalnych objawów. Z początku chorzy skarżą się na bóle głowy i ogólne osłabienie. Gorączka jest nieznacznie, nieco podwyższona, rzadko dochodzi do 38 — 39° C. W wyjątkowych wypadkach występują z początku choroby dreszcze, a czasem wymioty. Bóle w gardle, zwłaszcza przy połykaniu są o wiele mniejsze niż w anginach. Migdałki są zaczerwienione i powiększone, łuki tylko lekko zaczerwienione. Na migdałkach pojawiają się naloty wielkości soczewicy, zrazu skąpe, mają one jednak tendencję do szybkiego rozwoju tak, że już 2 lub 3 dnia choroby migdałki są obleczone błoną koloru białego, połyskującego lub matowo-szarego. Błony te silnie przylegają do migdałka tak, że przy usuwaniu ich następuje krwawienie. Po pewnym czasie błony dyfterytyczne rozszerzają się, zajmując łuki podniebienne, języczek i tylną ścianę gardła. Otoczenie migdałków nie wykazuje silniejszej reakcji zapalnej. Gruczoły podszczękowe są obrzękłe.

W 24 — 36 h po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej wykazuje błona śluzowa tuż przy brzegach błon dyfterycznych czerwoną granicę, co świadczy o wstrzymaniu procesu chorobowego. W krótkim przeciągu czasu błony cienczeją, fałdując się od brzegów i powoli odpadają tak, że w końcu migdałki są oczyszczone z nalotów, a pozostaje jedynie ich zaczerwienienie. Zdarza się jednak czasem, że pojedyńcze wysepki nalotów, pozostają jeszcze dłuższy czas na migdałkach. Po wstrzyknięciu surowicy poprawia się także ogólny stan chorego, gorączka opada, apetyt wraca. 4 — 5 dnia chory czuje się już znacznie lepiej.

Powoli ustępuje też obrzęk gruczołów podszczękowych. Po 10 — 14 dniach chorzy są wyleczeni.

Inny jest obraz kliniczny w b ł o n i c y z ł o ś l i w e j, która występuje najczęściej u dzieci między 4 — 8 rokiem życia. Początek choroby jest nagły z wysoką gorączką, bólem głowy, wymiotami, bólami brzucha i znacznem osłabieniem. Twarz chorych jest blada, często z szarawym odcieniem. Wszystkie te objawy wskazują już na samym początku na ciężkie schorzenie.

Gruczoły szyjne i tkanka okołogruczołowa wykazują znaczny obrzęk, o konsystencji ciastowatej, który może sięgać ku dołowi do obojczyka, ku górze do warg. Usta są suche, popękane, pokryte czasami strupkami. Z ust wydziela się silny, nudno-słodkawy odór. Migdałki, łuki podniebienne języczek i błona śluzowa tylnej ściany gardła są obrzękłe. Powierzchnia ich jest pokryta grubą, brudno-żółtawą lub szaro-zielonkawą błoną. Obrzęk migdałków może być tak znaczny, że języczek jest wprost wklinowany między nimi. Również tkanka okołomigdałkowa jest obrzękła i wypuklona tak, że przypomina zupełnie obraz spotykany w ropniu okołomigdałkowym, zwłaszcza jeśli występuje jednostronnie.

W moczu znajdujemy białko, w osadzie leukocyty i wałeczki.

Błonica złośliwa może mieć dwojaki przebieg. Albo co się częściej zdarza, choroba trwa 2 — 3 tygodnie, albo też przebieg jej jest piorunujący i kończy się śmiercią, po 4 — 5 dniach. W obu wypadkach rokowanie jest bardzo niepomyślne, bo podczas gdy w pierwszym wypadku mały procent chorych zostaje wyleczony, to w drugim wypadku błonica złośliwa zawsze kończy się śmiercią.

W tych wypadkach, gdzie choroba trwa dłużej odpadają błony już 4 lub 5 dnia i wiszą jak płaty w błonie śluzowej. W tym stanie przychodzi często do krwawień z nosa i błon śluzowych gardła, przez co błony dyfteryczne nabierają czarnej barwy.

Migdałki i ich otoczenie powoli oczyszczają się z błon, również i gorączka opada. Tętno jest w tym czasie stosunkowo dobre. Obrzęk gruczołów chłonnych cofa się. Cuchnienie z ust zanika.

Z początkiem drugiego tygodnia bladość powłok, staje się wybitniejsza, na skórze pojawiają się wybroczyny krwawe, występuje też krwawienie z jelit. Ciepłota opada niżej normy, tętno jest miękkie, 60 — 70 uderzeń na minutę. Ciśnienie krwi wy-

nosi 90—60 m/m R. R. Serce w granicach rozszerzonych, tony są głuche, wątroba jest obrzękła. Odruchy ścięgniste zanikają. Podniebienie jest porażone, przezco mowa staje się nosowa, przy połykaniu wracają płyny przez nos. Chory jest zupełnie wycieńczony, wychudnięty, apatyczny, sensorium jest wolne.

Stan ten może z pewnemi zmianami trwać kilka dni. Zwiastunem zbliżającej się katastrofy jest wystąpienie bólów w okolicy żołądka i wymiotów, bez względu na rodzaj pobieranych pokarmów, często nawet, mimo, że chory nie je. Tętno staje się nitkowate, wreszcie jest nie wyczuwalne. Skóra jest trupio blada, zimna. W tym stanie najmniejsze natężenie chorego powoduje natychmiastową śmierć. Zdarza się to zwykle z końcem 2 tygodnia. Każdy dalszy dzień życia oddala od chorego niebezpieczeństwo śmierci. Ale i potem grożą choremu następstwa późnego działania toksyn na serce i nerwy obwodowe. Ci chorzy, którzy zdrowieją po błonicy złośliwej, muszą przez dłuższy czas pozostawać pod stałą opieką lekarską, z powodu osłabienia narządu krążenia (zwyrodnienie mięśnia sercowego i uszkodzenia systemu przewodzenia podniet).

Rzadziej ma błonica złośliwa przebieg szybki. Już w 3 dniu choroby, chory jest wycieńczony i apatyczny. Sensorium jest wolne. Gorączka poniżej 38° C. Twarz jest lekko obrzękła, o barwie woskowo-bladej. Na ustach wytwarzają się żółte i krwawe strupki. Błony dyfterytyczne ulegają rozpadowi i zmieniają się w mazistą, krwawą, cuchnącą masę. Na skórze pojawiają się wybroczyny krwawe. Wnet występują objawy ostrej niewydolności krążenia. Tętno staje się małe, nieregularne, przyspieszone. Stwierdzamy rozstrzeń serca, zwłaszcza na prawo. Tony serca są głuche. Żadne środki lecznicze nie są w stanie wstrzymać postępującego procesu. Zwykle 4 — 5 dnia następuje zgon. Także i lżejsze formy błonicy mogą w swym przebiegu spowodować niewydolność narządu krążenia. Podobnie jak w innych chorobach zakaźnych mogą z początkiem drugiego tygodnia choroby wystąpić objawy niewydolności mięśnia sercowego. Tętno staje się wolne, nieregularne. Następuje spadek ciśnienia krwi i rozstrzeń serca. Zwykle po pewnym czasie objawy te powoli ustępują, jednakowoż może przyjść z powodu uszkodzenia systemu przewodzenia podniet nerwów naczynioruchowych, nerwu błędnego i mięśnia sercowego, do porażenia serca.

W lżejszych postaciach błonicy wypadki te należą do rzadkości. Do takich rzadkich przypadków należą też wypadki śmierci w 3 — 7 tygodniu od początku choroby, w których nagle z pełnego zdrowia, bez zwiastunów, występują wymioty i bóle brzucha i już po kilku minutach, lub najdalej godzinach, następuje śmierć, z powodu porażenia mięśnia sercowego. Toksyny błonicze atakują też nerki. W moczu znajdujemy białko, leukocyty, wałeczki, tu i ówdzie ciałka czerwone. Twarz chorych jest blada, powieki nieco obrzękłe. W kostkach i okolicy krzyżowej występują nieznaczne obrzęki. Zmiany te trwają zwykle kilka dni, rzadko do 2 tygodni. Po tym czasie następuje zupełnie wyleczenie.

Porażenia pobłonicze występują w 2 — 3 tygodni od początku choroby. Porażeniu ulegają przedewszystkiem nerwy ruchowe tak, że przychodzi do porażeń wiotkich, przyczem występują zaburzenia czuciowe hyp — i anaestezja. W 5 — 10% wypadków mamy do czynienia z toksycznem zapaleniem nerwów obwodowych. Najczęściej spotykamy się z porażeniem podniebienia miękkiego, które manifestuje się mową nosową i wracaniem płynów przez nos podczas połykania. Inspekcja jamy ustnej wykazuje, że podniebienie miękkie, a zwłaszcza języczek, przy fonacji prawie lub zupełnie się nie podnosi. Często widzimy, że porażenie to jest tylko jednostronne. W drugim rzędzie ulegają porażeniu mięśnie gałki ocznej, m. prosty zewn. dźwigacz powieki górnej i zwieracz źrenicy, przez co przychodzi do zaburzeń w ruchach gałki ocznej (zez) i akkomodacji. Rzadziej ulegają porażeniu mięśnie gardła i przełyku tak, że chory musi być żywiony zapomocą sondy żołądkowej. Czasem porażenie pobłoniczne występuje w obrębie mięśni tułowia i kończyn. Przy porażeniu mięśni karkowych chory nie jest w stanie utrzymać głowy, a przy porażeniu mięśni grzbietu kręgosłup jest zgięty i chory nie jest w stanie wyprostować się. Gdy do porażeń kończyn dolnych dołączą się zaburzenia czuciowe, powstaje obraz chorobowy zwany pseudotabes diphterica. Porażenia te zwykle po 4 tygodniach zupełnie ustępują. Niebezpieczeństwo stanowi jedynie porażenie przepony i mięśni międzyżebrowych, które je-

śli szybko nie ustąpią prowadzą do porażenia oddechu, przy dobrej czynności serca. Najczęściej zapadają na błonicę dzieci, między 2 — 6 rokiem życia. Predelekcyjnem miejscem usadowienia się pałeczek błoniczych są migdałki.

Rozpoznanie kliniczne błonicy może czasem nasunąć pewne trudności. Tak np. formy poronne, przy których błony dyfterytyczne się nie tworzą, trudno odróżnić od angina catarrhalis. Włóknikowy wysięk błoniczy na migdałkach może ograniczyć się tylko do zatok, przez co obraz kliniczny staje się podobny do angina lacunaris i przeciwnie, naloty przy angina lacunaris mogą się zlać razem i pokryć cały migdałek. Za błonicą przemawiają nieznaczne zaczerwienienie migdałków, jednostronne rozprzestrzenienie się błony, nizka temperatura, cięższy stan ogólny, słabsze tętno, a co najważniejsze badanie bakterjologiczne. Także angina pseudomembranacea, która nie prowadzi do owrzodzeń nastręcza też pewne trudności rozpoznawcze. Przez wywiady dowiadujemy się, czy stwierdzone błony nie pochodzą z oparzenia lub przyżegania środkami chemicznemi, albo też, czy są np. następstwem operacji migdałków.

Leczenie: Najważniejszą rzeczą jest wczesne wstrzyknięcie surowicy przeciwbłoniczej t. j. w pierwszych 24 h, ponieważ antytoksyczne działanie jej występuje dopiero w 24 do 36 h po wstrzyknięciu. Wstrzykujemy domięśniowo, najlepiej w mięśnie przedniej strony uda, ponieważ po wstrzyknięciu mogą wystąpić bolesne nacieki, które mogą powodować zaczne dolegliwości, jeśli wstrzyknięto do mięśni pośladkowych. W bardzo ciężkich przypadkach wstrzykujemy połowę dawki domięśniowo, a połowę dożylnie.

Co do wysokości dawki leczniczej, klinicyści nie są zgodni. Wedle *Schicka* dawka lecznicza surowicy wynosi 100 — 500 JA na 1 kg. wagi ciała, zależnie od ciężkości schorzenia.

Tabela dawek wedle Państwowego Zakładu Higjeny:

Wiek	Przebieg łagodny	Średni	Ostry	b. Ostry
	Domięśniowo		½ dawki domięśniowo ½ dawki dożylnie	
do 2 lat	2 — 3.000	3 — 5.000	5 — 10.000	10.000
od 2 — 15 lat	3 — 4.000	4 — 10.000	10 — 15.000	10 — 20.000
od 15 lat	3 — 5.000	5 — 10.000	10 — 20.000	15 — 40.000

W Danji, gdzie surowicę przeciwbłoniczą otrzymuje się także bezpłatnie, dochodzą do 100 000 JA.

Bie — (Kopenhaga) podaje, że dzięki użyciu tak wysokich dawek śmiertelność spadła do 0.7%. Czechosłowacki instytut wytwarza surowice wysokowartościowe i tam uważa się 10.000 JA za minimalną dawkę leczniczą. Dawki podawane przez austrjackich i niemieckich autorów *(Leiner, Friedmann)* są utrzymane w granicach wyżej podanej tabeli.

Gdy w dniu wstrzyknięcia surowicy przeciwbłoniczej stan chorego był tego rodzaju, że odpowiednia dawka była mniejsza, aniżeli tego wymagałby stan stwierdzony dnia następnego, wówczas należy odpowiednio dawkę surowicy uzupełnić.

Chory musi pozostać w łóżku w przypadkach nieskomplikowanych przynajmniej 10 dni. Pokój należy przewietrzać i dbać o odpowiednią wilgotność powietrza, za pomocą aparatów do wziewań lub z braku tychże przez gotowanie wody np. na maszynce spirytusowej lub przez rozwieszanie obok łóżka wilgotnych prześcieradeł. Starsi mogą płukać gardło wodą utlenioną (1 łyżka na szklankę letniej wody). Na szyję wysychające okłady. Jedzenie powinno być papkowate lub płynne. Mleko, kawa, herbata z cytryną, lemoniady, potra-

wy mleczne, zupy, jaja, przetarte jarzyny, kompot, soki owocowe.

Chorych z błonicą złośliwą należy bezwzględnie, jeśli to tylko w danych warunkach jest możliwe, oddać do szpitala, ponieważ u nich stała opieka lekarska jest koniecznością. Chorych należy przestrzec przed wszelkiego rodzaju natężeniami, nawet przed płukaniem gardła. Podawać lekkie środki przeczyszczające. W bardzo ciężkich przypadkach, gdzie często zachodbi infekcja mieszana, należy prócz surowicy przeciwbłoniczej wstrzyknąć także surowicę przeciwpaciorkowcową (*Finkelstein*).

Przy zaburzeniach w narządzie krążenia wstrzykujemy cukier gronowy (dożylnie) myostriatol, adrenalinę i stosujemy wlewania krwi. Gdy tętno nieregularne, bradycardia, obniżenie ciśnienia krwi wtedy podajemy:

Rp. Strychnini nitrici 0.01
Chinini sulfur. 2.0
Massa pilul. q. s.
ut. f. pil. No. 40.
D. S: 1 — 2 pig. dziennie.

Cardiazol co 1 — 2-h, ½ — 1 tabl. lub po 10 — 20 kropel.
Coraminę 30 — 50 krop. Strychnini nitr. 0.0003 podskórnie.
Coffeinę, kamforę z dodatkiem adrenaliny 0.0002. Wlewania podskórne soli fizjologicznej 150 cm³, z dodatkiem 2 cm³ adrenaliny, 2 — 3 razy dziennie.
Ephedrosan „Spiess" w tabletkach po 0.025 (¼ — ½ tabl.) 6 razy dziennie po 0.2 — 0.4.

Porażenia pobłonicze nie wymagają specjalnego leczenia. Można podawać Tae Strychni — u dzieci tyle kropel dziennie, ile liczą lat. Gdy porażenie trwa dłużej jak 14 dni wtedy elektroterapja — galwanizacja lub faradyzacja. Przy porażeniu mięśni połykowych — ostrożnie z odżywianiem, ze względu na niebezpieczeństwo aspiracji cząstek pokarmowych. Ewentualnie odżywianie za pomocą sondy żołądkowej.

Płonica:

Jednym z pierwszych objawów płonicy jest zapalenie migdałków i gardła, które występuje przed pojawieniem się osutki płoniczej. Na podstawie badań ostatnich lat, idą zapatrywania autorów (*Friedmann, Deicher* i inni) w tym kierunku, że płonica jest miejscowem schorzeniem migdałków i gardła wywołanem przez paciorkowce hemolityczne i stąd toksyny dostają się do organizmu. Paciorkowce hemolityczne w nieskomplikowanym przebiegu płonicy (poza okresem początkowym, w którym występują dreszcze, *Schottmüller*), nie dostają się do krwiobiegu i tkanek, lecz są umiejscowione na migdałkach, a osutka płonicza zostaje wywołana przez toksyny krążące we krwi. Dopiero w drugim okresie chorobowym, gdzie przychodzi do komplikacji, mamy do czynienia z inwazją paciorkowców, względnie z kliniczną manifestacją zarazków usadowionych w organizmie już z początkiem choroby (dreszcze). *Schottmüller* znajdywał regularnie w każdym przypadku płonicy paciorkowce hemolityczne na migdałkach (podobnie jak *Bürgers, Deicher i Friedmann*) i wedle niego niestwierdzenie ich nie uprawnia do rozpoznania płonicy. U chorych na płonicę, u których miejscem wyjścia zakażenia są rany, paciorkowce hemolityczne znajdują się w ranie, podczas gdy migdałki pozostają wolne.

U rekonwalescentów po płonicy nie jest więc zaraźliwy, jak dawniej przypuszczano, łuszczący się naskórek, lecz jedynie migdałki i błona śluzowa gardła, na których bardzo często jeszcze i w kilka tygodni po wyzdrowieniu można stwierdzić paciorkowce hemolityczne. Wedle zapatrywań tychże autorów, czysto toksyczna płonica jest anginą paciorkowcową z osutką, płonica zaś septyczna jest anginą septyczną z osutką.

Badania *Jordanoffa* wykazały, że dzieci po tonsillektomji w o wiele mniejszym procencie, bo tylko około 3.31%, zapadają na płonicę, aniżeli nie tonsillektomowane. W tych 3.31% wypadków, mieszczą się już takie, u których stwierdzono resztki migdałków pozostawione przy operacji.

Płonica zaczyna się wysoką gorączką, która często zostaje zapoczątkowana dreszczami, ogólnem osłabieniem, bólem głowy, nudnościami, które potęgując się prowadzą do wymiotów. Bóle przy połykaniu, suchość i pieczenie w gardle. Migdałki są znacznie powiększone i podobnie jak podniebienie miękkie, języczek i błona śluzowa gardła intenzywnie zaczerwienione tak, że barwą swą ostro odcinają się od barwy błony śluzowej podniebienia twardego. Na-

błonek migdałków może być gdzieniegdzie zmętniały, przez co w tych miejscach barwa ich jest szaro-czerwona. Czasem występują na migdałkach naloty, podobnie jak w angina lacunaris, przyczem obrzęk i zaczerwienienie są tu intensywniejsze, aniżeli w angina scarlatinosa, przy której naloty się nie tworzą.

Cięższem schorzeniem miejscowem jest angina scarlatinosa necroticans. Migdałki, podniebienie miękkie i języczek są pokryte nalotami o barwie szaro-białawej. Miejscami tworzą naloty delikatne szare błonki, przez które prześwieca czerwień migdałka. Naloty te leżą w przeciwieństwie do błon na poziomie błony śluzowej migdałków. (W błonicy nad poziomem). Brzeg ich jest nierówny, postrzępiony. Naloty te są martwiczą tkanką. Jest to nekroza koagulacyjna. Czasami przychodzi do powierzchownych ubytków, które goją się przez zbliznowacenie. Rokowanie jest niezłe. Choroba trwa około 10 — 14 dni. W zależności od „genius epidemicus" nekroza może też objąć głębsze warstwy tkanki, przez co tworzą się głębokie i rozległe wrzody, tak na migdałkach, jak też na błonie śluzowej gardła i policzków.

Jako powikłania w angina scarlatinosa necroticans, spotykamy ropnie okołomigdałkowe i zropienie gruczołów chłonnych.

Leczenie: Dzięki odkryciu *Docheza* i *Dicków* używamy dziś w lecznictwie surowicę przeciwpłoniczą. Surowicę tę, którą wyrabia Państwowy Zakład Higjeny, należy wstrzykiwać jak najwcześniej, w ilościach dość dużych 20 — 50 cm^3, śródmięśniowo lub śródżylnie. Wedle badań *Friedmanna, Lucasa* i *Schmerla* wystarczy przy wstrzykiwaniu śródżylnem nawet piąta część surowicy, którą użylibyśmy w danym wypadku wstrzykując ją śródmięśniowo. Działanie surowicy jest czysto przeciwtoksyczne i dlatego należy ją wstrzyknąć przed inwazją paciorkowców do organizmu. Działanie surowicy objawia się już po 24-h. Gorączka spada do normy, osutka blednie lub zupełnie znika, także ogólne objawy toksyczne (serce, sensorium) znikają. Wstrzyknięcie surowicy w 5 — 8 dniu choroby usuwa także działanie toksyny, przez co może nastąpić pewna poprawa, nie działa ona jednak zupełnie na zmiany chorobowe wywołane przez paciorkowce, które w tym czasie zdołały już wtargnąć do organizmu. *Friedemann* i *Elkeles* uważają leczenie płonicy surowicą za konieczność, a żądanie to za tak samo uprawnione, jak leczenie błonicy surowicą. Leczenie częstych komplikacyj w drugiem stadjum chorobowem, jak zapalenie ucha środkowego i jego następstwa, zapalenie ropne jam bocznych nosa, zapalenie nerek i t. d. należy przeprowadzać wedle ogólnie przyjętych zasad.

Ospa wietrzna (Varicelle). Podobnie jak na skórze może przyjść przy ospie wietrznej do wysiewu pęcherzyków w jamie ustnej. Pęcherzyki są umiejscowione na zaczerwienionej błonie śluzowej migdałków, podniebienia miękkiego, języczka, języka i policzków.

Pęcherzyki te łatwo pękają pod wpływem bodźców mechanicznych, przez co powstają powierzchowne ubytki i wrzodziki pokryte włóknikowym nalotem. Objawy podmiotowe — ból gardła i utrudnienie w połykaniu.

Leczenie: Płukanie rumiankiem, herbatą ślazową lub wodą utlenioną. Przeciw bólom anaestezynę 0. 3— 10 — 15 minut przed jedzeniem, nasypać na koniec języka i powoli rozrabiając śliną połykać. Ubytki i wrzodziki można przyżegać 5 — 10% roztworem azotanu srebra.

Ospa (variola).

W jamie ustnej może wysiew pęcherzyków wystąpić, albo równocześnie z wysiewem na skórze. albo też o dzień wcześniej.

Na błonie śluzowej jamy ustnej tworzą się wpierw plamki wielkości soczewicy, z których wnet powstają grudki (papula). Koniuszek takiej grudki przeobraża się w pęcherzyk. Przez pęknięcie pęcherzyka tworzą się nadżerki otoczone białą obwódką. Przez zlanie się kilku pęcherzyków przychodzi do wytworzenia się owrzodzeń o zębatych brzegach. Pęcherzyki są najczęściej umiejscowione na podniebieniu miękkiem, dalej na języczku, migdałkach, języku i błonie śluzowej gardła. W 3 okresie choroby (ropieniu) może błona śluzowa jamy ustnej być często usiana wrzodami, albo też pokryta błoną wrzekomą. Skutkiem obrzęku i znacznej bolesności, połykanie jest bardzo utrudnione. Silne cuchnienie z ust.

Leczenie: Płukanie roztworem 1% pyoctaniny lub 2% błękitem metylu, łyż. kawowa na szklankę wody. Pendzlowanie

10% roztworem glicerynowym novarsenobenzolu, lub 1 — 2% roztworem wodnym pantocainy. Przeciw bólom anaestezyna, orthoform, lub 20 — 60 kropel cibalginy.

G r u ź l i c a m i g d a ł k a:

Zmiany gruźlicze na migdałkach mogą wystąpić bądźto samoistnie, bądź też równocześnie ze zmianami gruźliczemi gardła. W pierwszym wypadku jest to najprawdopodobniej zakażenie pierwotne. Występuje ono bardzo rzadko. Z początku migdałek makroskopowo nie wykazuje żadnych zmian i nawet nie jest powiększony. Dopiero w późniejszym okresie choroby przychodzi do owrzodzeń. Mikroskopowo znajdujemy już w pierwszym okresie gruźlicy migdałka, gruzełki i komórki olbrzymie w znacznej ilości. Zmiany gruźlicze ograniczające się tylko do migdałka, nie powodują zakażenia ustroju (dawniej uważano migdałki za bramę zakażenia gruźlicą). Rzadko też przechodzi sprawa gruźlicza z migdałków na podniebienie miękkie. W tym wypadku podniebienie miękkie jest nacieczone, mowa staje się nosową, pokarmy płynne przy połykaniu wylewają się nosem. Częściej przechodzi gruźlica z migdałków na okoliczne gruczoły chłonne. Wrzody gruźlicze są płaskie o brzegach podminowanych. Z objawów podmiotowych występuje znaczny ból gardła przy połykaniu.

R o z p o z n a n i e: W pierwszym okresie choroby może odróżnienie gruźlicy od tocznia być dosyć trudne. Przy gruźlicy jamy ustnej w 97% wypadków znajdujemy gruźlicę narządów oddechowych, przy toczniu zmiany na twarzy i nosie.

Wrzody gruźlicze różnią się od wrzodów kiłowych swoim wyglądem. Pomocniczym czynnikiem rozpoznawczym jest tu odczyn krwi na Wassermanna i ewentualnie badanie mikroskopowe tkanki.

Rokowanie jest w izolowanej gruźlicy migdałka dobre, w gruźlicy błony śluzowej gardła złe.

L e c z e n i e: Gdy gruźlica jest ograniczona tylko do migdałka (bez zmian w organizmie) należy wykonać ektomję, ponieważ tem samem sprawa gruźlicza zostaje wyeliminowana z organizmu. Gruzełki najlepiej przypalić galwanokauterem. Wrzody przyżegać 50—60% kwasem mlekowym. Przeciw bólom posypka z ortoformu lub anaestezyny 15 minut przed jedzeniem.

K i ł a:

Zmiana pierwotna występuje na ogół rzadko w jamie ustnej, przyczem najczęściej znajdujemy ją na migdałkach. Zakażenie następuje przez naczynia, instrumenty lekarskie, przybory do palenia (fajki, cygarniczki), całowanie, albo przez perwersyjny stosunek płciowy. Zmiana pierwotna pojawia się w 3 — 4 tygodnie po zakażeniu. Z początku pojawiają się małe płaskie nadżerki, pokryte błoną wrzekomą, które niezbyt wznoszą się ponad poziom błony śluzowej. Wrzód ma dno nieregularne, pokryte białawo-ropną sadłowatą wydzieliną, brzegi są wyraźnie nacieczone. Przy ucisku wydziela się jasna płynna treść, w której znajdują się krętki blade. Zmiana pierwotna ma tendencję szybkiego rozwoju. Okoliczne gruczoły są stale obrzękłe, niebolesne. Przy połykaniu ból jest nieznaczny.

Kiła okresu wtórnego przebiega jako angina syphilitica. Migdałki są intensywnie zaczerwienione, podobnie jak przednie łuki podniebienne. Te ostatnie zwłaszcza silnie odcinają się swą barwą od bladego sąsiedztwa. Te zmiany zapalne nie wywołują zbytnich bólów i charakteryzują się przewlekłym przebiegiem. Dlatego też należy przy długotrwałych tygodniami się ciągnących bezgorączkowych bólach gardła, które promieniują do usz, a którym towarzyszy ból głowy, przyczem stwierdzić możemy niebolesne drobne gruczoły wzdłuż tylnego brzegu m. sternocleidomastoideus, myśleć o kile gardła.

Naciekowy obrzęk nabłonka błony śluzowej — lepiej sączący — (plaques muqeuses) przybiera na migdałkach obraz mlecznego, matowo-perlistego lub biało-żółtawego zabarwienia i ostro odcina się od otoczenia. Często jednak kontury bywają zatarte. Przez tak zmieniony nabłonek prześwieca czerwona tkanka migdałków. Forma ta jest bardzo zaraźliwa. Ponieważ krętki blade znajdują się głęboko w tkance migdałkowej, należy do ich wykazania pobrać płyn za pomocą strzykawki z głębi tkanki migdałkowej. W przypadkach zaniedbanych może przyjść do owrzodzeń skutkiem zaniku nabłonka. Wrzody te są płaskie, pokryte żółtą wydzieliną, ostro odcinają się od otoczenia i są bolesne.

T r z e c i o k r e s k i ł y charakteryzuje się powstawaniem kilaków. Kilaki leżą w twardej nacieczonej tkance. Dno ich

pokryte jest wydzieliną ropną. Brzegi są wałowate, często podminowane. Rokowanie przy odpowiedniem leczeniu jest dobre. Przy gojeniu, mogą powstać zaciągnięte blizny, które powodują unieruchomienie podniebienia miękkiego, a nawet jego zrost z tylną ścianą gardła. Kiła okresu trzeciego występuje na migdałkach rzadziej, jak kiła okresu drugiego. Kilaki powstają zwykle w 2 — 3 lata, czasem nawet w 20 lat po zakażeniu.

Kamienie migdałkowe

powstają przez zwapnienie czopów w zatokach migdałkowych. Czopy składają się z złuszczonych nabłonków i bakterji. Chemicznie w skład kamieni wchodzi kwaśny fosforan lub węglan wapnia. Sole wapnia pochodzą z soków ustroju, w których wapień znajduje się w stanie rozpuszczonym. Przy nadwyżce wapnia zwapnienie czopów następuje łatwiej. Zwapnieniu ulega tylko tkanka martwa, lub źle odżywiana. Tkankę tę można uważać niejako za „wychwytywacz“ wapnia. Kamienie migdałkowe są na ogół małe, ale mogą dojść nawet do 5 — 7 mm. długości. Kamienie te wywołują ogniskowy stan zapalny i odpowiednie objawy podmiotowe (ból, kłucie i t. d.).

Tonsillitis chronica:

Klinicznym objawem przewlekłego zapalenia migdałków podniebiennych jest wyraźne mniej lub więcej ograniczone zaczerwienienie, które przechodzi na przednie łuki podniebienne. Zwłaszcza zaczerwienienie przyśrodkowego brzegu łuków, we fałdzie duplikatury błony śluzowej, jest bardzo charakterystyczne dla przewlekłego zapalenia migdałków.

Drugą charakterystyczną cechą tego zapalenia i to najważniejszą, bo objektywną, jest stwierdzenie płynnej ropy, która przy ucisku na migdałki wydobywa się z zatok i dołka ponadmigdałkowego. Sam przerost migdałków nie stanowi żadnego kryterjum rozpoznawczego dla przewlekłego zapalenia migdałków.

Przewlekłe zap. migdałków jest często pozostałością dawniej przebytych ostrych zapaleń, które nie zawsze zostają całkowicie wyleczone, gdyż pozostawiają po sobie drobne ogniskowe zmiany zapalne, które przez zlanie się prowadzą do nawrotów. Przyczyną zewnętrzną nawrotów są np. przeziębienia, noxy chemiczne etc.

Czopy w migdałkach są zjawiskiem fizjologicznem i powstają przez złuszczenie nabłonka w zatokach migdałkowych. Jeżeli zatoki są wązkie i rozgałęzione, wówczas złuszczone nabłonki nie mogą się wydostać. W miarę ich dalszego złuszczania się układają się one warstwowo i wypełniają z czasem zatoki w formie czopów. Na tak utworzonem podłożu łatwo rozwijają się w zatokach migdałków drobnoustroje. Jak długo proces ten jest ograniczony tylko do zatok, tak długo nie wywołuje on żadnych objawów. Jeżeli czopy spowodują zmacerowanie głębszych warstw tkanki, wówczas drobnoustroje łatwo wnikają do miąższu migdałków, powodując ich zapalenie. W ten sposób czopy stają się pośrednią przyczyną powstawania ostrych zapaleń migdałków. Często jest bardzo trudno orzec, czy migdałki są lub nie są schorzałe, zwłaszcza, czy one są przyczyną chorób pozamigdałkowych. Może się bowiem zdarzyć, że czopy i ropa są zbyt głęboko usadowione tak, że przy ucisku na migdałki zawartość ich nie wydostaje się na zewnątrz. Dlatego musimy badać migdałki na ich zawartość kilkakrotnie, w pewnych odstępach czasu. Ale i to nie zawsze prowadzi do pożądanego celu, ponieważ w migdałkach mogą być drobne otorbione ropnie, które stwierdzić można dopiero po ich wyłuszczeniu *(Jung-Wendt)*. Obserwacja chorych wyleczonych przez tonsillektomję wykazała, że także nieznaczne zmiany na migdałkach, które dawały bardzo znikome objawy miejscowe, były przyczyną ciężkich schorzeń innych narządów. Te same spostrzeżenia uczynili *Albrecht* i *Bosse* w swych badaniach nad gośćcem. Nie wystarczy jedynie zaglądnąć do gardła, aby stwierdzić stan migdałków, gdyż mogą one być stosunkowo b. małe i ukryte poza przednim łukiem. Wedle *Meyera* takie małe migdałki są dla organizmu najniebezpieczniejsze. W tym wypadku dopiero odciągnięcie przedniego łuku zapomocą tępego haka pozwala na przekonanie się o wielkości i stanie migdałków. Badanie histologiczne migdałków z przewlekłem zapaleniem wykazały niejednokrotnie zakrzepy małych żył w tkance okołomigdałkowej, chociaż zmiany te nie dawały klinicznie ostrych objawów. Osobnicy, których migdałki histologicznie zbadano, przechodzili częste anginy, zapalenie nerek i stawów.

Z drobnoustrojów spotykamy na mi-

gdałkach przy przewlekłem zapaleniu przeważnie paciorkowce niehemolityczne, rzadziej gronkowce, jeszcze rzadziej laseczki okrężnicy i paciorkowce hemolityczne. Przez wstrzykiwanie królikom zawiesin drobnoustrojów, pobranych z migdałków osób chorych na ostre zapalenie nerek lub woreczka żółciowego, wywoływano u nich to samo schorzenie. Przy przewlekłem zapaleniu migdałków możemy niekiedy przez masowanie tychże wywołać leukocytozę we krwi naczyń skórnych, najprawdopodobniej dlatego, że toksyny z migdałków przechodzą do naczyń krwionośnych (*Schmidt, Wiškovsky*).

W tonsillitis chronica stwierdzamy często zmiany chorobowe w okolicznych narządach. W drogach oddechowych: Folliculitis i wyprysk przedsionka nosa, nieżyt gardła, krtani, tchawicy i oskrzeli.. W narządzie słuchowym: nieżyt trąbek Eustachjusza, świąd przewodu usznego wewnętrznego, otalgja. Język często obłożony, smak papkowaty, cuchnienie z ust. Dalej bóle karku i barków, a nawet czasem sztywność karku. Z odległych narządów ulegają schorzeniu serce ,nerki, stawy, nerwy i oczy. Schorzenia te dają wskazanie do wyłuszczenia migdałków.

Wskazania te można podzielić na bezwzględne i względne. Do wskazań bezwzględnych należą często występujące anginy i ropnie okołomigdałkowe, do względnych gościec stawowy, choroby serca (endo- i myocarditis), zapalenie nerek zwłaszcza, jeśli po anginie następuje zaostrzenie wymienionych chorób. Jeśli tonsillektomja czasem nie daje spodziewanego wyniku, to należy to tłumaczyć tem, że migdałki są tylko ogniwem w pierścieniu limfatycznym Waldeyera i że najprawdopodobniej schorzenie z migdałków przeszło na cały pierścień limfatyczny. Dlatego też należy tonsillektomję wykonać zanim cały pierścień *Waldeyera* ulegnie schorzeniu. Z drugiej jednak strony obawa, jakoby z powodu wyłuszczenia migdałków mogła wyniknąć jakakolwiek szkoda dla organizmu, z powodu wypadnięcia ich czynności fizjologicznej (n. b. dotychczas nieznanej) jest płonna, ponieważ dalsze ogniwa pierścienia limfatycznego obejmują ich czynność. Gdy migdałki ulegną schorzeniu wówczas fizjologiczna ich czynność ustaje, a stają się one tylko jako narządy chore szkodliwe dla organizmu. Jeżeli istnieje tylko prawdopodobieństwo, że migdałki są ogniskiem septycznem, które powoduje schorzenie innych narządów, należy je wyłuszczyć. Umiejętnie wykonana tonsilllektomja nie naraża chorego na niebezpieczeństwo (wyjąwszy pewne ogólne przeciwwskazania). Nawet gdyby choroba, z powodu której wykonano tonsillektomję, nie uległa poprawie, to należy tonsillektomję uważać za podobny środek leczniczy, jak każdy inny stosowany w leczeniu danej choroby.

Tonsillektomja w endo i myocarditis daje nadspodziewanie dobre wyniki, jak to wykazał *Veil* (w ustępie o chorobach serca w neue deutsche Klinik) na rentgeno- i kardjogramach. Objawy przedmiotowe i podmiotowe po tonsillektomji ustępują i w krótkim czasie następuje znaczna poprawa. Taką samą poprawę zaobserwował *Stolte*. Dlatego też w endocarditis ze stanem podgorączkowym, szmerem nad koniuszkiem serca, należy wykonać ektomję migdałków. Po niej gorączka szybko spada i wnet następuje poprawa. Wedle *Jegorowa* przewlekłe zapalenie migdałków może prowadzić do zmian zapalnych w obrębie węzłów i splotów sympatycznych i parasympatycznych. Zmiany te objawiają się klinicznie jako „neurozy" lub „endocarditis". Najprawdopodobniej proces zapalny z migdałków przechodzi na strefę refleksogenną w ścianach tętnic szyjnych, przez co przychodzi do zaburzeń w rytmie, ciśnieniu krwi i t. d. Po tonsillektomji następuje znaczna poprawa. Przeciwwskazaniem do ektomji stanowi świeża wada sercowa, bo często po operacji stan chorobowy staje się o wiele cięższy, a nawet może prowadzić do śmierci. Przyczyną pogorszenia się stanu chorobowego jest prawdopodobnie infekcja, która w czasie operacji przechodzi na ranę pooperacyjną, a stąd do krwiobiegu. Przy starczych wadach można tonsillektomję śmiało wykonać.

Zapalenie ogniskowe nerek, które występuje po anginie, może po ustąpieniu infekcji w migdałkach zniknąć, ale z nawrotem anginy znowu wystąpić. Gdy albuminuria i haematuria utrzymują się, wówczas przyczyna leży najczęściej w migdałkach. Po ich usunięciu stan zapalny nerek ustępuje. W moczu przed ektomją znajdujemy często paciorkowce. Mniej pewne są wyniki w glomerulonephritis diffusa. W przeciwieństwie do *Morawitza*, wedle którego tonsillekto-

mja w nephritis chronica jest bezskuteczna, twierdzą *Kollert, Suchanek i Wichert*, że i w tej postaci zapalenia nerek należy ją wykonać, gdyż jeszcze pewna część przypadków, jak to ich obserwacje kliniczne wykazały, zostaje wyleczona. Przeciwwskazaniem do ektomji jest ciśnienie krwi powyżej 160 m/m R. R. u., względnie młodych ludzi, daleko posunięta nephritis heamorrhagica i stadjum praeuremiczne.

Dalszem wskazaniem do tonsillektomji stanowi g o ś c i e c s t a w o w y.

Wedle *Pärtesa* 10% wszystkich schorzeń gośćcowych jest następstwem schorzenia migdałków.

W gośćcu ektomję należy wykonać:

1) Jeżeli ostry gościec stawowy występuje w przebiegu lub bezpośrednio po anginie, zwłaszcza jeżeli przy nawrotach angin występuje zaostrzenie sprawy gośćcowej. W tym wypadku wykonujemy ektomję dopiero wtedy, gdy minie ostre stadjum chorobowe.

2) Jeżeli u chorych na gościec stwierdzamy w wywiadach częste anginy, a przytem są zmiany na migdałkach.

3) W gośćcu wtórnie przewlekłym, gdy sprawa ulega częstym zaostrzeniom, bez względu na to, czy chory przebywał kiedyś anginy i bez względu na stan migdałków, pod warunkiem, że inne źródła zakażenia (np. zęby) można wyłączyć. Tu ektomja daje wedle *Payra* wprost doskonałe wyniki.

Często zdarza się, że środki przeciwgośćcowe, które przed ektomją były bezskutecznie używane, użyte po tonsillektomji u tego osobnika, dają nadspodziewanie dobre wyniki i szybko prowadzą do wyleczenia sprawy chorobowej.

Polyarthritis chronica primaria rzadko, a osteoarthritis deformans, Morbus Bechterew i dna zupełnie nie mają zależności przyczynowej od schorzeń migdałków.

P o l y n e u r i t i s w wielu przypadkach może być wywołana przez zarazki umiejscowione na migdałkach *(Voss, Hudovernig)*. Czasem po tonsillektomji ustępuje rwa kulszowa.

S t a n y p o d g o r ą c z k o w e o niejasnem pochodzeniu ciągnące się czasem nawet kilka miesięcy i wywołujące często podejrzenie gruźlicy, ustępują po tonsillektomji. Czy migdałki są przyczyną gorączki, możemy się przekonać w ten sposób, że po wyciśnięciu ropy z migdałków, gorączka spada, albo jeżeli przy ucisku na migdałki ropa nie wydostaje się, a gorączka w tym samym dniu się podwyższy, świadczy to, że ropa znajduje się w głębszych zatokach migdałkowych i przez masaż uległa resorpcji (sepsis chron. tonsillogen).

Z g a g i u ludzi ze zdrowym żołądkiem są często następstwem tonsillitis chronica. Często też u tych osobników występuje cuchnienie z ust. W większości wypadków ma się tu do czynienia z prawdziwą nerwicą żołądka, najprawdopodobniej vagoneuritis. Po wyłuszczeniu migdałków objawy powyższe natychmiast i na stałe ustępują *(Koffler)*.

Także c h o r e a m i n o r ulega polepszeniu po wyłuszczeniu migdałków.

Ponieważ c h o r e a g r a v i d a r u m przebiega w 26% z gorączką, schorzeniem serca i nerek, a w 50% stanowi nawrót dawniej przebytej chorea minor, albo gośćca stawowego — przeto w każdym wypadku należy zbadać migdałki.

Beselin opisał 3 przypadki i r i t i s, które zostały wyleczone przez usunięcie czopów i ropy z migdałków.

U n o s i c i e l i p a ł e c z e k b ł o n i c y, u których leczeniem konserwatywnem nie dało się ich usunąć, ponieważ migdałki stanowią dla nich miejsce predelekcyjne do rozwoju, należy wykonać tonsillektomję.

Także w izolowanej g r u ź l i c y migdałka tonsillektomja usuwa możliwość zakażenia ustroju.

Rozumie się samo przez się, że im dłużej trwała dana choroba przed wyłuszczeniem migdałków, tem dłuższy musi upłynąć okres do wyleczenia po tonsillektomji. Negatywne wyniki po tonsillektomji mogą mieć prócz wyżej podanych powodów także i tę przyczynę, że przy wyłuszczaniu pozostawiono cząstkę dolnego bieguna. Stąd mogą pochodzić nawroty angin, a nawet w tem miejscu mogą się tworzyć ropnie *(Hinsberg)*. Należy jednak zauważyć, jak to stwierdziły badania *Klestadta*, że często z migdałka językowego wrasta tkanka adenoidalna do dawnego łożyska migdałka podniebiennego, co może przy późniejszem badaniu wywołać wrażenie, jakoby migdałek przy operacji nie został całkowicie usunięty.

Ciekawe są dane statystyczne co do wy-

ników zapobiegawczych i leczniczych tonsillektomji. I tak np. amerykańska statystyka (*Kaiser*) podaje:

Zbadano około 50.000 dzieci szkolnych. Z tych 20.000 było tonsillektomowanych przed 5 — 8 laty.

Choroby:	Migdałki wyłuszczone	nie wyłuszczone
Liczba ogólna:	20.000	28.000
gorączka, bóle stawów:	8% (z tych większość przebyła gościec przed ektomją)	10%
nawroty gośćca:	mało	przeważnie
chorea minor:	0.40%	0.5% (często komplikacje sercowe)
płonica:	7.60%	16%
kompl. sercowe po płonicy:	rzadko	często
choroby serca gośćcowe:	450 (z tych 83% zachorowało przed ektomją)	817

Również *Zikowsky* stwierdził na znacznym materjale chorych na płonicę (1013), że u chorych przedtem ektomowanych nie występywała wtórna gorączka, brak było obrzęku gruczołów szyjnych, a przedewszystkiem nie przychodziło do zapalenia nerek.

Statystyki wyleczenia chorób z powodu schorzeń migdałków przedstawiają się następująco:

	Mikołajewski (Poznań)	*Jung* (Wrocław)
	(% w stosunku do przypadków skontrolowanych).	
Nawroty angin i ropnie	94%	93%
Gościec stawowy	95%	80%
Ostre zapalenie nerek	100%	86%
Choroby sercowe	90%	55%
Zapalenie nerwów	100%	100%
Stany podgorączkowe	100%	90%

W piśmiennictwie spotykamy jeszcze podane pomyślne wyniki po wyłuszczeniu migdałków w osteomyelitis, appendicitis (o czem wspominaliśmy przy anginie).

Jako przeciwwskazania do tonsillektomji prócz wyżej podanych wymienić jeszcze należy: wiek powyżej 60 lat, podwyższone ciśnienie krwi, u młodych osobników ostra angina bez komplikacji (jak sepsa, ropień okołomigdałkowy), po której należy z operacją przeczekać 4 — 6 tygodni. Menstruacja (także 8 dni przed i 5 po menstr. nie operować), Haemophilia (zawsze przed operacją zbadać czas krzepnięcia krwi). Nie należy też operować w czasie, gdy angina panuje endemicznie (szpitale) lub nagminnie.

Zawód chorego nie powinien odstraszać od wykonania tonsillektomji. *Koffler*, który operował większą liczbę śpiewaków, twierdzi, że dobrze wykonana operacja przyczynia się raczej do ułatwienia śpiewania. Wiemy bowiem, że przewlekłe zapalenie migdałków prowadzi do nieżytu gardła i następnie także do nieżytu krtani, co wyklucza możność śpiewania. Także częste nawroty angin są stałą przeszkodą w występach.

Występujący czasem po ektomji nieżyt gardła w wielu przypadkach był już przed operacją — tylko objawy podmiotowe były pokryte przez schorzenie migdałków, albo też co często się zdarza, jest on następstwem niedrożności nosa.

Gdy tonsillektomja jest przeciwwskazana należy przewlekłe zapalenie migdałków leczyć zachowawczo.

Przedewszystkiem należy co pewien czas wyciskać ropę i czopy z migdałków zapomocą szpatułki, lub przyrządu Hartmanna, który przesuwamy ruchem uciskowo-masującym po przednim łuku podniebiennym od zewn. ku środkowi. Następnie po przepłukaniu gardła, należy migdałki popendzlować —

Rp. Jodi puri 1.0
Kalii jod 5.0
Glycerini 50.0

albo

Rp. Trypaflavini 0.1
Aquae dest. 25.0

przynajmniej 2 razy tyg. przez dłuższy okres czasu — usuwa często cuchnienie z ust. Można też pendzlować co 2 h. następ. roztw.

Rp. Thymoli 0.3
Acidi carb. liquef. 0.5
Ol. Terebinth 15.0

Także przepłukiwanie zatok z instrumentalnem rozszerzeniem ich, daje często dobre wyniki.

Doskonałym sposobem usuwania ropy i czopów jest ich wyssanie metodą Roedera, bądźto zapomocą ręcznego balonika, bądź też zapomocą pneumostatu. Na migdałek nasadzamy odpowiednią rurkę szklanną (lub metalową) w kształcie fajki, o rozmiarach nasadki odpowiadającej wielkości migdałka i przez uciskanie i zwalnianie dołączonego balonika gumowego wsysamy migdałek do nasadki rurki. Przez wytworzony w ten sposób ucisk wydostają się czopy na zewnątrz. Zabieg należy z początku powtarzać 2 — 3 razy tyg. w coraz dalszych odstępach czasu (co 4 — 6 tyg). Leczenie zachowawcze jest długotrwałe i może się ciągnąć miesiącami, a nawet latami.

PIŚMIENNICTWO:

Anthon: Klin. Wschr. Nr. 4 — 1927, *Cäsar Hirsch:* M. m. W. Nr. 18 — 1927, *Corning:* Lehrbuch der top. Anatomie 1923, *Beck:* M. m. W. Nr. 29 — 1929, *Denker - Kahler:* Handbuch, *Denker - Albrecht:* Lehrbuch — 1925, *Fränkel:* D. m. W. Nr. 3 — 1926, *Hartwich:* M. w. W. Nr. 15 — 1929, *Hajek:* W. m. W. Nr. 14 — 1928, *Hofer:* Ztschr. f. H. N. u. O. Bd. 14, *Idem:* W. kl. W. Nr. 22 — 1927, *Frenzel:* Fol. oto. lar. Bd. 36 H. 1 — 1933, *Gorny:* Ztschr. f. H. N. u. O. Bd. 23 H. 2 — 1929, *Jordanoff:* M. m. W. Nr. 51 — 1928, *Klemperer:* Neue deutsche Klinik, *Koenigsberger:* M. m. W. Nr. 1 — 1927, *Kollert i Suchanek:* W. Kl. W. Nr. 18 — 1928, *Kasche:* Ztschr. f. ä. Fortb. Nr. 21 — 1929, *Leiner-Basch:* Diphterie u. Anginen — 1928, *Leicher:* Kl. Wschr. Nr. 19 — 1927, *Metzkes:* M. m. W. Nr. 10 — 1929, *Marschik:* W. Kl. W. Nr. 45 — 1932, *Mayer:* W. Kl. W. Nr. 18 — 1926, *Morawitz:* M. m. W. Nr. 16 — 1928, *Mikołajewski:* Pol. Przegląd Oto-lar. T. X Z. 1, *Rauber-Kopsch:* Lehrbuch 1914, *Möllendorf:* Stöhr's Lehrbuch der Histologie 1928, *Sternberg:* Lehrbuch der allgem. Pathologie — 1928, *Schaefer:* Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. 151 H. 3 u. 4, *Strauss:* M. m. W. Nr. 53 — 1926, *Sauer:* Ztschr. f. Kndh. Bd. 46 H. 3, *Schneyer:* W. Arch. f. Innere Med. Bd. 16 H. 1, *Parthos-Bernath:* Med. Welt Nr. 30 — 1933, *Wichura:* M. m. W. Nr. 18 — 1928, *Wichert:* M. m. W. Nr. 46 — 1926, *Uffenorde:* M. m. W. Nr. 3 — 1929 (Dyskusja do wykładu), *Uffenorde-Claus:* Sepsis nach Angina — 1932, *Zange:* M. m. W. Nr. 17 — 1926, *Zikowsky:* W. Kl. W. Nr. 2 — 1929.

CHIRURGJA.

Objawy kliniczne najczęstszych schorzeń w zakresie żuchwy. (Séméiologie des affections de la mandibule). R u p p e.

La Presse Méd. Nr. 33, kwiecień 1934 r.

Autor opisuje tutaj zakażenia ostre, przewlekłe, guzy nowotworowe, owrzodzenia, przetoki i złamania kości — rozpatrując je pod kątem tych różnic w przebiegu klinicznym, jakie zależą od umiejscowienia cierpienia w żuchwie — w porównaniu z umiejscowieniem w szczęce górnej.

I. O s t r e z a k a ż e n i a — mają swój punkt wyjściowy prawie wyłącznie w zębach i przebiegają pod postacią mniej lub więcej rozległego ropowicowego zapalenia szpiku kostnego. Ropnie, wychodzące z siekaczy i kłów, tworzą się na zewnętrznej stronie żuchwy — bądźto wysoko jako ropień podśluzówkowy (ze znacznym obrzękiem wargi), bądź też nisko — jako ropień bródkowy (bez większego obrzęku okolicznego). Ropnie, wychodzące z zębów przedtrzonowych i trzonowych, tworzą się i na zewnętrznej, i na wewnętrznej stronie żuchwy. Towarzyszy im dosyć często szczękościsk, zależny od wtórnego podrażnienia mięśnia żwacza, który zaznacza się tem bardziej, im dalej do tyłu jest umiejscowiony chory ząb. Trudności i ból przy połykaniu dowodzą, że ropień tworzy się na wewnętrznej powierzchni kości. Ropnie wewnętrzne mogą się szerzyć bądźto do okolicy podjęzykowej (powyżej mięśnia żuchwowo-gnykowego), bądź też na szyję (poniżej tego mięśnia). Ropnie zewnętrzne są to: ropnie podśluzówkowe (rozwijające się dowewnątrz od m. żwacza) lub podżuchwowe (rozwijające się nazewnątrz od żwacza).

Ropień podśluzówkowy pochodzenia żuchwowego należy odróżniać od ropnia jako następstwa próchnicy i zakażenia niewykształconego, tkwiącego w głębi kości zęba mądrości. Ropień podjęzykowy — od zakażonej kamicy przewodu Warthona. Ropnie podżuchwowe i szyjne — od ropnego zapalenia gruczołów chłonnych.

Zdjęcie rentgenowskie żuchwy wykazuje w tego rodzaju przypadkach rozrzedzenie kości i obecność ewentualną martwaków.

Pierwotne, krwiopochodne zakażenia ostre żuchwy zdarzają się w młodym wieku, są jednak nagół rzadkie.

II. P r z e w l e k ł e z a k a ż e n i a. W obrazie klinicznym na pierwszy plan wysuwa się tutaj obfite ropienie z licznych przetok, skórnych i śluzówkowych, na których dnie stwierdza się zgłębnikiem obecność martwaka kostnego. Przewlekłe zakażenie żuchwy pochodzenia zębowego bywa zawsze poprzedzone okresem ostrym. Jeśli w wywiadach brak jest tego okresu, to należy zawsze mieć na uwadze w tych przypadkach ewentualność tła kiłowego, znacznie rzadziej — gruźliczego. Czasami jest bardzo trudno rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z zapaleniem żuchwy pochodzenia zębowego u osobnika, dotkniętego kiłą, czy też — z kiłą żuchwy, wtórnie zakażoną. Podobny obraz kliniczny może być wywołany również wtórnie zakażonym rakiem żuchwy.

III. G u z y n o w o t w o r o w e — dobrotliwe (torbiele, szkliwiaki, guzy olbrzymie); charakterystycznemi dla guzów złośliwych są objawy uciskowe ze strony nerwu żuchwowego. Mięsaki kostne należy różniczkować z postacią przerostową kiły (lues hyperostotica).

IV. O w r z o d z e n i a w z a k r e s i e ż u c h w y — mają za przyczynę: raka dziąsła (zwykle okolicy poza trzonowcami), kiłę lub gruźlicę.

V. P r z e t o k i p o j e d y ń c z e — są następstwem ogniska zapalnego w kości, zapalenia ropnego torbieli kostnej lub zapalenia pozostałego w głębi kości zęba mądrości. Przetoki mnogie — mają zwykle za przyczynę rozległe zapalenie przewlekłe szpiku kostnego żuchwy, jej kiłę, gruźlicę.

VI. Z ł a m a n i a — najczęściej dotyczą trzonu żuchwy, linja złamania biegnie zazwyczaj między kłem i pierwszym przedtrzonowcem; bywają jednostronne lub obustronne. Złamania niskie ramienia wstępującego są zwykle wklinowane i dają naogół objawy nikłe; złamania wysokie — cechują się większem przemieszczeniem odłamów i następowemi zaburzeniami zgryzu. W przypadkach złamań wewnątrzstawowych (krwawienie z przewodu usznego, szczękościsk) — grozi następowe zesztywnienie stawu żuchwowego (zwłaszcza u dzieci).

Leczenie zesztywnienia stawu kolanowego w zgięciu jako zejścia procesu gruźliczego w stawie. (Le genou angulaire grave séquelle de la tumeure blanche; son traitement chez l'enfant). D e l a h a y e.

Bull et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 12, kwiecień 1934 r.

Wybór odpowiedniej metody leczniczej w przypadkach zesztywnienia stawu kolanowego w wadliwem ustawieniu, jeśli chodzi o chorych w wieku dziecięcym (w okresie intensywnego wzrostu), jest bardzo trudny. Nie można uznawać tutaj za metodę odpowiednią ani forsownego wyprostowania sposobem bezkrwawym, ani operacji ponadkłykciowego przecięcia kości udowej, ani wreszcie, wycięcia końców stawowych w granicach nasad. Wszystkie te sposoby dają u dzieci wyniki niedostateczne.

Autor przy leczeniu odnośnych przypadków kieruje się następującemi dwoma wytycznemi: a) wyprostowanie kończyny bez wycinania kości, b) usztywnienie stawu zapomocą przeszczepu kostnego. Odkładanie zabiegu do czasu ukończenia okresu najintensywniejszego wzrostu uważa autor za szkodliwe, gdyż naraża chore dziecko na następstwa dalszego postępowania procesu gruźli-

czego w stawie, czemu sprzyjają stale powtarzające się urazy w związku z opieraniem się na chorej kończynie, zgiętej w stawie kolanowym pod kątem nieraz prostym.

Wyprostowanie kończyny, zesztywniałej w zgięciu w stawie kolanowym, natrafia na następujące trudności: bliznowe skurczenie się tylnej części torebki stawowej, zrosty powierzchni stawowych ze sobą, trwałe skrócenie mięśni zginających goleń i mięśni łydkowych i wtórny przerost przedniej części kłykci udowych z następowem przemieszczeniem nieprawidłowem rzepki. Największą przeszkodą w wyprostowywaniu kończyny stanowi zbliznowacenie tylnej części torebki stawowej.

Operację wyprostowywania kończyny rozkłada autor na 2 tempa: za pierwszym razem wykonuje się przecięcie ścięgien mięśni zginających goleń i wydłużenie ścięgna Achillesa (przez zdwojenie), poczem następuje unieruchomienie kończyny, przy zgięciu grzbietowem stopy, na przeciąg 12 dni.

Drugie tempo — polega na otwarciu stawu od przodu (z cięcia półkolistego), przecięciu więzadeł krzyżowych i zrostów powierzchni stawowych i, wreszcie, przecięciu zbliznowaciałych tkanek przystawowych o tyle, o ile to jest konieczne dla umożliwienia skorygowania ustawienia końców stawowych. Po tem następuje unieruchomienie kończyny na 3 tygodnie.

Usztywnienie stawu w prawidłowem ustawieniu zapomocą przeszczepu kostnego stanowi III tempo operacji. Usztywnienie to może być wewnątrzstawowem (wbicie przeszczepu w nasady), bocznem przystawowem (2 boczne listewki kostne) i przedniem przystawowem (listewka łączy od przodu w postaci mostka kość udową z rzepką i kością goleniową). Autor uciekał się najczęściej do tego ostatniego sposobu usztywnienia — z wynikiem naogół bardzo dobrym.

Odległe wyniki pooperacyjne leczenia opuszczenia nerki zapomocą zwężenia od dołu jej torebki powięziowej. (Les résultats éloignés de la néphropexie par arrisation du fascia rénal). K l e i b e r.

Journ. de Chirurgie. T. 43, Nr. 4, kwiecień 1934 r.

Zwykle stosowane sposoby operowania opuszczenia nerki, polegające najczęściej na przyszyciu torebki nerkowej do 12 żebra, dają 50 — 60% nawrotów cierpienia. Wyniki te tłumaczy autor błędnem założeniem tej operacji i oparciem jej na niesłusznych przesłankach anatomicznych.

Nerka zawarta jest, jak wiadomo, w torebce powięziowej, wypełnionej luźną tkanką łączną. Torebka ta, zamknięta w warunkach prawidłowych ze wszystkich stron, jest ściśle zespolona z otaczającemi narządami, i luźno — z samą nerką. Opuszczenie nerki polega na jej przemieszczaniu się ku dołowi wewnątrz torebki, co jest możliwe w tych przypadkach, w których torebka nie jest zamknięta od dołu — jak to bywa w warunkach prawidłowych, a przeciwnie, blaszki przednia i tylna rozchodzą się u dolnego bieguna nerki; w powstałą dzięki temu otwartą przestrzeń przemieszcza się nerka bez większych trudności. Sama zaś torebka nie ulega przemieszczeniu.

Z powyższych przesłanek anatomicznych nasuwają się pewne uwagi praktyczne. Z jednej strony — jasnem się staje, dlaczego sposób operowania opuszczenia nerki, polegający na przyszyciu torebki do XII żebra, nie daje trwałych wyników (60% nawrotów); z drugiej zaś — wyłania się zasada racjonalnego przyczynowego operowania opuszczenia nerki, polegająca na zaszyciu dolnego otworu w torebce nerkowej tak, aby wytworzyć mocną przeszkodę do przemieszczania się nerki w tym kierunku. W tym celu autor nakładał szereg szwów węzełkowych na oba rozchodzące się ku dołowi listki (przedni i tylny) torebki nerkowej.

Autor operował w ten sposób 40 przypadków stwierdzonego rentgenologicznie opuszczenia nerki (pyelografją), z nich 18 było następnie spostrzeganych w ciągu 2 — 7 lat; wyniki były bardzo dobre, czynnościowo i anatomicznie. Nawrotów nie spostrzegano wcale.

M. Czyżewski.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Uwagi o gruźlicy ślinianek. (Remarques sur la tuberculose des glandes salivaires). J. F e u z.

Les annales d'oto-laryngologie, 1934, Nr. 1.

Autor opisuje przypadek niebolesnego guza poprzed dolną częścią ucha. Guz ten rozwijał się powoli, ma wielkość śliwki i wykazuje w przednim odcinku pod nieco zaczerwienioną skórą ślad chełbotania. Każdy lekarz — po wykluczeniu promienicy, torbieli śliniankowej, nowotworu, kilaka — rozpozna tutaj z łatwością gruźlicę, dotyczącą albo gruczołu chłonnego albo przyusznicy; natomiast trudności wyłonią się odnośnie do rozpoznania różniczkowego: gruczoł chłonny czy przyusznica. W takim przypadku doskonałe usługi oddało autorowi nastrzykanie przyusznicy przez przewód Stenona 2-oma centymetrami[3] neojodipiny i bezpośrednio potem wykonane zdjęcie rentgenowskie. Na fotogramie widać, że przewód jest niezmieniony. Natomiast w przeciwieństwie do dolnej części przyusznicy, wykazującej silny cień od nastrzykania płynem kontrastowym z uwidocznioną siecią kanalików; górna część jest jużto zatarta z powodu niedrożności kanalików, jużto przedstawia intensywny cień od wypełnionej neojodipiną jamistości. Obraz pozwolił umiejscowić zmianę w przyusznicy, a leczenie zachowawcze (punkcje, promienie pozafiołkowe i pozaczerwone) doprowadziło do wyleczenia — ze spostrzeżeniem swojem łączy autor uwagi o leczeniu gruźlicy wogóle, a chorób przyusznicy w szczególności. Autor omawia równocześnie bibljografję przedmiotu, anatomię patologiczną parotitis, drogi zakażenia, rozpoznanie różniczkowe, obraz kliniczny, zasady leczenia i szczegóły metody jodopinowej.

Metody endoskopijne w leczeniu krupu i dyfterji tchawiczno-oskrzelowej. (Les méthodes endoscopiques dans le traitement du croup et de la diphthérie trachéo-bronchique). A. L e m a r l e y i L. H a m o n j. w. Nr. 2.

J. w. Nr. 2.

Autorowie stosowali 80 razy w 28 przypadkach w wieku chorych od 8 miesięcy do 11 lat

aspirację błon jako leczenie krupu. Częstość aspiracji wynosiła ogółem 1 do wielu razy, a dziennie 1 do 3 razy: zależnie od ciężkości przypadku i odnawiania się błon. Najczęściej oczywiście trzeba było ponawiać aspiracje przy ciężko toksycznej dyfterji, tchawicy i oskrzeli i późno zaczętem stosowaniu surowicy. Technika aspiracji polegała na: 1) założeniu szpatli Chevalier-Jacksona do krtani,2) wprowadzeniu w miejscu błon, — stwierdzone naocznie przez szpatlę — podatnej rurki metalowej długości 25 do 35 ctm z 1 lub 2-oma okienkami z boku z tępym końcem i 3) połączeniu rurki z elekrycznym aspiratorem (motor Toury ⅙ C. V. Ilość obrotów: 2300 na sekundę. Ciśnienie manometryczne aspiracji 30 — 40 ctm rtęci). Czas trwania zabiegu aspiracji nie przekraczał wraz z czasem założenia szpatli 13-u sekund. Zabieg wykonywano bez wszelkiego znieczulenia lub usypiania przy ułożeniu na plecy i głowie zawieszonej. (Położenie Boyce'a). Szpatle używane były w 3 kalibrach Jacksona-Chevaliera: 1) do roku, 2) od 1 — 10 roku, 3) ponad 10 lat.

Siedem historji chorób autorowie podają in ekstenso. Autorowie dochodzą do następujących wniosków.

Bezpośrednia inspekcja krtani i tchawicy zapobiega błędom djagnostycznym, pozwala na precyzyjne zakwalifikowanie rodzaju i rokowania danego przypadku. Aspiracja, przywracając oddychanie daje czas na zadziałanie surowicy; Aspiracja zastępuje najzupełniej intubację wyłączając jej niebezpieczeństwo. Aspiracja stanowi jedyne racjonalne leczenie dyfterji tchawiczooskrzelowej, dyfterji krtaniowej z owrzodzeniami i obrzękiem, form powikłanych bronchopneumonią i wreszcie dyfterji osesków.

A. Schwarzbart.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Zastąpienie tamponady macicy i pochwy badaniem wewnątrzmacicznem, połączonem z injekcją dożylną wyciągu tylnego płata przysadki. (Suppression du tamponement utéro — vaginal au profit de la révision utérine combinée a l'injection intraveineuse d'hypophysine). Bohler E. i M. Reiles.

Gynécol. Obstétr. T. XXIX, Nr. 5, 1934 r.

Od r. 1931 klinika strasburska nie stosuje zupełnie tamponady macicy, zastępując ją wewnątrz macicznem badaniem połączonem z injekcją dożylną wyciągu tylnego płata przysadki.

Wskazania do tego zabiegu ujmują autorzy w schemat następujący:

A. Przypadki bez krwotoku.

a) Badanie wewnątrzmaciczne z powodu wątpliwości co do całości łożyska; najmniejsze podojrzenie jest już tu wskazaniem, to też stosują je autorzy w 10% wszystkich porodów.

b) Ręczne wydobycie łożyska, o ile nie odchodzi w ciągu czterech godzin po porodzie.

Postępowanie: a) jeśli macica dobrze się kurczy — nie wymaga żadnego leczenia, b) jeśli nie — injekcja hypophysiny dożylnie.

B. Przypadki z krwotokiem.

a) Krwotoki III okresu: jeśli utrata krwi przewyższa 500 gr. — wyciśnięcie łożyska zabiegiem Credé'go; jeśli to się nie udaje również w uśpieniu — wydobycie ręczne.

W następstwie zajść mogą cztery ewentualności:

1) łożysko jest całkowite — macica obkurczona — nic nie robić;

2) łożysko całkowite — macica nie kurczy się — wykonać badanie wewnątrzmaciczne i injekcje hypophysiny;

3) łożysko wątpliwej całości;

4) usuwano ręcznie łożysko.

W ostatnich dwu sytuacjach postępowanie jest jak w punkcie A.

b) Niedowład macicy.

1) ciężka atonja macicy — badanie wewnątrzmaciczne i injekcja hypophysis.

2) t. zw. mały niedowład macicy, to jest stan kiedy macica ciągle choć po trochu traci krew,

dając niedostateczny skurcz macicy. Postępowanie lecznicze w tych przypadkach polegać będzie na badaniu wewnątrzmacicznem i na injekcji dożylnej hypophysis.

Omawiając stosowane dotychczas postępowanie, a mianowicie tamponadę macicy — autorzy podnoszą jej wady: trudność techniczna z jednej strony, a zbędność z drugiej, niebezpieczeństwo z trzeciej.

Istnieje ponadto typ tamponady, której trudność powstaje z tego, że przy pierwszym wprowadzeniu paska gazy macica reaguje silnym skurczem. Położnik zamiast wycofać się, skoro widzi pożądany efekt — stara się zabieg doprowadzić do końca, wypycha dolny odcinek i pochwę, wykonywując operację niebezpieczną i zbędną.

Badanie zaś wewnątrzmaciczne wykonane nawet tam, gdzie łożysko jest całkowite, powinno usunąć skrzepy niekiedy niedające się wycisnąć zabiegiem zewnętrznym.

Wyniki swego postępowania autorzy uznają za dobre: na 4000 porodów 400 badań wewnątrzmacicznych i 20 usunięć ręcznych łożyska. 1 przypadek śmierci z zakażenia po ręcznem wydobyciu łożyska.

Naświetlanie lampą kwarcową zeszytego krocza po porodzie. (Insolation avec la lampe de quartz des sutures aprés accouchement). Gillerson A., G. Hatzkelevitsch I. Rabinowitch.

Gynécol. Obstétr. T. XXIX. Z. 5, 1934 r.

Autorzy polecają naświetlanie lampą kwarcową jako metodę poprawiającą wyniki w poporodowym szyciu krocza. Statystycznie stwierdzają oni, że na 140 nienaświetlanych zrosło się 80% szyć, na 145 — naświetlanych — 87,4%.

Inaczej biorąc nie zrosło się naświetlanych 12,6%, nienaświetlanych 20%.

Różnica powyższa uzasadnia, zdaniem autorów, do polecenia omawianej metody.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

„Fausse teigne amiantacée". Alibert'a. (La fausse teigne amiantacée d'Alibert et sa différenciation avec les éruptions impétigineuses diffuses au cuir chevelu). R. Sabouraud.

Paris Médical. N. 3. 1934.

Dwa typy schorzeń owłosionej skóry głowy, a mianowicie t. zw. fosse teigne amiantacée i rozlany liszajec mają pewne cechy analogiczne, które czynią je podobnemi do siebie mają jednak także znamiona wyraźnie różniące te dwa schorzenia. Schorzenia te stanowią dwie odrębne jednostki chorobowe.

Fosse teigne amiant. — nazwa nadana przez Alibert'a jedynie ze względu na wzrokowe podobieństwo wykwitów do azbestowych płytek łuszczących się. Nazwa ta powszechnie przyjęła się. W początkowym okresie tego schorzenia widzimy ograniczone ogniska, nagromadzenia grubej warstwy suchych łusek, które otaczają ściśle odpowiednią grupę włosów. Nie widać żadnego sączenia nawet, gdy podniesie się ten gruby łuskowaty biały strup. Jeżeli zechcemy wydobyć z tej masy łusek pojedyńcze włosy, rozsypie się nam ona a pył ten przypomina pył azbestowy. Strup taki utrzymuje się bardzo długo, wykwity pojedyńcze nie mają skłonności do znacznego powiększania się, nie sprawia żadnych dolegliwości, włosy wraz ze strupem wyrywa się bez bólu, pod strupem skóra jest różowa, gładka, nigdy nie sączy. Pojedyńczy włos można z łatwością z tej masy otaczającej go wyciągnąć nie zmieniony.

Schorzenie polega na nadmiernej produkcji mas zrogowaciałych w ujściach mieszków włosowych. Ta hyperkeratoza obejmuje wszystkie włosy w miejscu wykwitu. Posiewy z łusek są jałowe, istnieje tylko banalna flora na powierzchni wykwitów. Wykwity ustępują bardzo łatwo pod działaniem mieszaniny acetonu z oleum cadini lub glicerolu z ol. cadini.

Schorzenie występuje w dzieciństwie zarówno u chłopców jak i dziewcząt. Zjawia się spontanicznie lub w następstwie długotrwałego drażniącego leczenia, np. po woszczynie.

Liszajec rozlany lub wyprysk liszajcowaty występuje również u dzieci, lecz przeważnie u dziewcząt,które jednak uprzednio wykazują pewne znamiona charakterystyczne dla tego schorzenia. Często mianowicie wybuch tego schorzenia poprzedzony jest przez obecność długotrwałych sączących zmian za uszami lub zwykłego łupieżu na głowie. Schorzenie wybucha nagle, zajmując w ciągu kilkunastu godzin prawie całą skórę owłosioną, a początek jego znamionują znaczne ilości wysięku. Ten stan zapalny wysiękowy zajmuje częściowo czoło i okolicę małżowin usznych, niekiedy całe małżowiny. Wkrótce zjawiają się na głowie strupy spoczątku przypominające żywiczne strupy liszajca, po pewnym czasie jednak zjawiają się strupy białe, płaskie, cienkie, łuskowate, poprzez które włosy wydostają się tu i owdzie nazewnątrz. Nigdy włosy nie są wszystkie objęte masą łuskowatych strupów tak, jak w poprzedniem schorzeniu.

W tym okresie liszajec głowy przypomina schorzenie poprzednio opisane; oprócz odmiennego zachowania się włosów w stosunku do strupów istnieją pewne inne cechy rozróżniające te dwa schorzenia od siebie. W liszajcu łuski są cienkie, silnie przylegają do skóry a po zdarciu łuski widać powierzchnię wyraźnie sączącą.

Schorzenie to nosi również nazwę *seborrhoea confluens*, nazwę niesłuszną, gdyż brak jakiegokolwiek związku z łojotokiem, zwłaszcza że schorzenie pojawia się przed okresem pokwitania a więc w wieku, gdy łojotok jeszcze nie istnieje.

Badanie bakterjologiczne wykazuje zawsze obecność paciorkowca, który jest głównym czynnikiem etjologicznym tego schorzenia. Leczenie polega na stosowaniu okładów w okresie sączenia, na stosowaniu tej samej mieszanki dziegciowej w okresie łuskowatych strupów.

Z. Jastrzębska.

BIBLJOGRAFJA

Nakładem wydawnictwa „Eskulap“ ukazała się w styczniu r. b. monografja d-ra **Włodzimierza Mikułowskiego** pod tytułem: **Klinika i leczenie krztuśca.**

Zwięzła ta monografja, obejmująca 32 str. druku streszcza w sposób indywidualny poglądy szkoły Pospischill'a, ujmując krztusiec, jako cierpienie zasadniczo przewlekłe, którego „swoistą“ cechą są zmiany zapalne w tkance oskrzelowo - płucnej. Kaszel napadowy, który dla otoczenia dziecka, oraz dla wielu lekarzy wyczerpuje całą chorobę, jest w rzeczywistości tylko jej dość niewinnym objawem, którego obecność lub ustąpienie nie przesądza ani czasu trwania choroby, ani jej dalszych następstw.

Autor omawia kolejno: kaszel krztuścowy, schorzenia mózgowe w krztuścu, schorzenia płucne, anatomję patologiczną, badania rentgenologiczne, krztuścowe zapalenie opłucny i wreszcie leczenie krztuśca.

Mimo, że autor nie podaje wystarczających dowodów na poparcie swoich poglądów, monografja, napisana żywo i z temperamentem może zainteresować lekarzy-praktyków, gdyż wnosząc dużo materjału polemicznego zmusza do przemyślenia sprawy epidemjologji i kliniki krztuśca.

Utrudnia czytanie — miejscami styl zbyt zawiły, oraz przeładowanie wyrazami obcemi. Naprz. na str. 3, wiersz 23 od dołu, czytamy: „drugą bowiem najważniejszą i najbardziej wgłąb sięgającą koniecznością pracy nad poznaniem choroby jest śledztwo perkusją i auskultacją tego, co się „dzieje“ w płucu dziecka; bez tego szukania w płucu poznanie kokluszu jest powierzchowne swoją artystyczną perfekcją poznania samego kaszlu“.

Jerzy Wiszniewski.

KRONIKA.

KOMUNIKAT.

VII Lekarski Kurs Wakacyjny w Ciechocinku — Cieplicy odbędzie się w dn. 31.VIII., 1 i 2. IX. r. b. pod protektoratem Pana Vice Ministra Opieki Społecznej D-ra E. Piestrzyńskiego.

Wykłady wygłoszą następujący prelegenci:

Prof. Dr. Franciszek Czubalski (Warszawa): Zasady wychowania fizycznego i sportu w świetle fizjologji. Prof. Dr. P. Gantkowski (Poznań): Leczenie słońcem i powietrzem (helio- i aeroterapja) wogóle, a w zdrojowiskach w szczególności. Doc. Dr. Zdz. Górecki (Warszawa): O leczeniu bodźcowem i wstrząsowem w chorobach wewnętrznych. Prof. Dr. L. Korczyński (Kraków): Zastrzeżenia i zalecenia klimatologji przy wyborze zdrojowisk dla leczenia zachorzeń narządu krążenia. Dr. med. A. Landau (Warszawa): Istota i leczenie schorzeń tarczycy. Doc. Dr. L. Lorentowicz (Warszawa): Zagadnienie bólu w ginekologji. Podstawy anatomiczne i leczenie. Dr. med. Fr. Łukaszczyk (Warszawa): Stan obecny i zakres leczenia energją promienistą. Prof. Dr. Michałowicz (Warszawa): Najnowsze kierunki w pedjatrji z uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego. Doc. dr. E. Reicherówna (Warszawa): O leczniczem znaczeniu ćwiczeń cielesnych w różnych okresach życia. Prof. Dr. S. Schilling-Siengalewicz (Wilno): Nowsze poglądy na czynność i leczenie wątroby jako gruczołu dokrewnego wydzielania. Prof. Dr. J. Szmurło (Wilno): Najnowsze metody leczenia t. zw. schorzeń allergicznych górnego odcinka dróg oddechowych z uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego.

Uczestnicy kursu mają zapewnione bezpłatne mieszkania w zdrojowisku podczas trwania kursu. Projektowane są rozrywki oraz wycieczki poza obręb Ciechocinka.

Składka członkowska wynosi zł. 20.—, dla osób towarzyszących po zł. 15.—.

Organizacja kursu spoczywa w rękach Prof. Dr. J. Szmurły, przewodniczącego Komitetu Kursów, Doc. D-ra L. Lorentowicza, zastępcy przewodniczącego, D-ra P. Rudzkiego, zastępcy przewodniczącego i sekretarza generalnego komitetu.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska“.
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Zakł. Graf. „DRUKPRASA“, Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.